

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYEN-DUY-MUON

Né le 27 juin 1912, à Mytho (Cochinchine)

Licencié ès sciences

Interne de l'Hôpital Psychiatrique de Fleury (Orléans)

Contribution à l'Étude

du

Déficit des Alcooliques Chroniques

Le Déficit Affectif

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYEN-DUY-MUON

Né le 27 juin 1912, à Mytho (Cochinchine)

Licencié ès sciences

Interne de l'Hôpital Psychiatrique de Fleury (Orléans)

Contribution à l'Étude

du

Déficit des Alcooliques Chroniques

Le Déficit Affectif

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY.
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.). Physique.
 DESOILLE.... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET..... Physiologie.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ...		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIÈVRE...			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Qui ont si généreusement supporté une
longue absence et accepté les lourds sacri-
fices de mes études en France. Bien mo-
deste témoignage de ma profonde gratitude
et de ma reconnaissance infinie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des maladies mentales

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. En témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DAUMEZON

Médecin-Directeur de l'Hôpital psychothérapique
de Fleury-les-Aubrais

Notre grand et vieil ami, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et qui nous a aidé et guidé largement au cours de ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de nos sentiments reconnaissants et l'assurance de notre amitié toujours indéfectible.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. CARON

Médecin-Chef de l'Hôpital psychothérapique
de Fleury-les-Aubrais

Qui nous a permis de suivre l'évolution de quelques malades dans son service. L'expression de notre gratitude et de notre dévouement.

A NOS MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de Clinique des maladies mentales
Membre de l'Académie

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE PARIS

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Qui nous ont si généreusement fait profiter de leur savoir et de leur expérience.
L'hommage de notre vénération et de notre respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLOQUIER DE CLARET

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Montpellier

*Qui nous a prodigué ses conseils lors de
nos premières années d'études. Faible
témoignage de notre gratitude et de notre
attachement.*

A TOUS NOS AMIS

108702

Contribution à l'Étude du Déficit des Alcooliques Chroniques Le Déficit Affectif

INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt un service d'Asile, on est frappé de la très grosse masse de malades d'aspect quasi-identique, en général classés sous la très large rubrique de Démence Précoce.

Prenant la direction d'un de ces services, il arrive que le nouveau titulaire veuille parcourir le dossier, hélas trop souvent succinct, des individus formant cette population de base. Il est alors intéressant de relever la diversité du diagnostic d'entrée de tels sujets.

En dehors des certificats purement symptomatologiques : états d'excitation ou de dépression plus ou moins atypiques, il n'est pas rare de trouver des indications étiologiques nettes, dont on est obligé de tenir compte lorsqu'on les voit étayées d'arguments irréfragables. Au nombre de ces indications on voit figurer, dans une proportion inattendue, l'alcoolisme.

Les idées habituellement reçues en la matière sont, en effet, tout à l'opposé d'une telle constatation :

— D'une part, la vieille notion de *démence précoce* : *maladie endogène*,

— D'autre part, le dogme établi par Kretschmer de la *picknicité* des *toxicomanes* et en particulier des *alcooliques*,

militent contre un rattachement quelconque de la *schizophrénie* et de l'*alcoolisme*.

Cependant, cette constatation nous a amené à essayer de grouper un certain nombre d'observations ou l'*alcoolisme* indiscutable du sujet a abouti, après un temps plus ou moins long, à un tableau qui fait songer à certaines descriptions de *démence précoce*.

Afin de ne pas alourdir un exposé, que nous excusons d'avoir fait si succinct, nous tenons à limiter cette étude à un tableau purement symptomatique, et sans entrer plus avant dans la discussion de la notion de *démence précoce* et même de son diagnostic, nous voulons nous borner à décrire des malades : *alcooliques* indubitables, présentant entre autres symptômes un déficit essentiellement affectif et durable.

Nous n'ignorons pas que le problème, en cette matière, est infiniment plus vaste. Nous voudrions simplement, et en quelques lignes, indiquer comment, à notre sens, il se pose.

Les états déficitaires durables *alcooliques* revêtent, à notre sens, quatre aspects principaux :

— La *psycho-polynévrite* de Korsakoff,

— La *pseudo-paralysie générale*,

— La démence éthique,

— Enfin, la démence affective que nous allons tenter de décrire.

De ces quatre syndromes, lequel est le syndrome spécifique ? Nous ne pensons pas à l'existence d'une démence alcoolique spécifique, mais plutôt d'une démence toxique.

Pour l'instant, les arguments nous manquent pour trancher une telle question. Notons seulement au passage que même les syndromes qui paraissent les plus authentiquement toxiques, comme la psychose de Korsakoff, peuvent être parfois réalisés par des états qui, dans l'état actuel de la science, ne sont pas considérés comme toxiques. C'est ainsi qu'on a pu décrire des syndromes de Korsakoff oxycarbonés. On sait en outre combien, malgré les efforts de l'école de Dupré, la parenté du syndrome de Korsakoff et de la presbyophrénie, sous l'angle d'étiologie toxique, est encore mal établie.

L'orientation des recherches qui nous paraît devoir être la plus profitable semble être un rapprochement avec certaines psychoses de carence, comme la pelagre bien connue des vieux aliénistes, et dont l'étude vient d'être récemment reprise au Portugal par Diego Furtado.

Nonobstant ces considérations, nous nous proposons donc une œuvre purement séméiologique.

HISTORIQUE

Le souci étiologique, en psychiatrie, est une préoccupation relativement récente, aussi bien, les meilleurs auteurs ne donnent que très peu de détails sur les tableaux cliniques réalisés par les intoxications chroniques.

Un fait symptomatique, en cette matière, est l'apparition tardive du mot « alcoolisme ». Régis prétend que ce terme date seulement de 1856 et a été créé à cette époque par Magnus Hess.

ESQUIROL représente assez exactement l'opinion et les tendances de ses contemporains ; on ne note, dans son traité, que très peu d'allusion à l'alcoolisme.

Çà et là on retrouve :

« L'abus du vin, des liqueurs, des infusions opiacées aromatiques, produit un grand nombre d'aliénations. Cette cause doit être comptée pour 1/2 en Angleterre. En Pensylvanie, elle est aussi fréquente d'après Rush ; en France, elle n'est pas rare, comme on peut s'en convaincre en observant les aliénés de Bicêtre et de Charenton. »

Et il conclut :

« L'abus de vin, de l'eau-de-vie, conduit au suicide ou à la démence. »

Néanmoins il fait une restriction :

« L'abus des liqueurs alcooliques n'est pas toujours la cause, mais c'est quelquefois le premier symptôme de la folie qui se déclare. »

Un peu plus loin, en traitant de la « lypémanie » ou « mélancolie », sur 482 cas, il ne cite que 19 cas causés par « l'abus du vin » contre 110 par l'hérédité, etc...

Mais il fait remarquer que parmi les « causes physiques qui agissent presque toutes en affaiblissant la constitution des individus, ou en imprimant aux fluides un caractère funeste », l'alcool en est une des plus fréquentes, et que le mélancolique d'origine alcoolique a une tendance nette au suicide : « L'abus des boissons chaudes, celui des liqueurs alcooliques, cause souvent la lypémanie et conduit les mélancoliques au suicide, peut-être faut-il attribuer à l'abus des boissons chaudes et de l'alcool le grand nombre de suicides qu'on observe en Angleterre. L'on amène souvent dans notre hospice des femmes qui, dans un état d'ivresse ou pendant le délire qui suit l'ivresse, sont dans la lypémanie, même avec penchant au suicide. »

Enfin, arrivant au chapitre de la démence, Esquirol en distingue 3 variétés :

- « 1. La démence aiguë.
- « 2. La démence chronique.
- « 3. La démence sénile.

et classe la démence d'origine alcoolique dans la seconde variété.

« La démence chronique est causée par l'onanisme, les écarts de régime, l'ivrognerie, l'abus des plaisirs, etc... Cette espèce guérit rarement. Lorsque la démence est le résultat des excès, des écarts de régime, elle s'établit lentement. »

« La démence qui est produite par l'ivresse a un caractère tout particulier, savoir : le tremblement des membres, ce qui lui a fait donner le nom de *delirium tremens*, sa durée est courte, car après quelques jours elle guérit spontanément. »

En somme, nous notons la distinction qui s'établira bientôt entre les troubles aigus — l'ivresse — et les troubles chroniques. On ne peut guère savoir comment ces derniers se présentaient, cependant, étant donné la très large extension et de la démence, et surtout de la lypémanie, il n'est pas interdit de penser que le Maître de Charenton avait observé chez ses malades délirants, des affaiblis, et peut-être même des *indifférents*.

La période qui s'ouvre en 1860 environ voit naître une abondante bibliographie sur l'alcoolisme. C'est l'époque des travaux expérimentaux de Magnan, de Hayem, des travaux cliniques, des belles descriptions de Lasègue. Bien entendu, c'est le délire alcoolique aigu et subaigu qui est l'objet de l'étude la plus attentive. Pendant longtemps, le tableau clinique des psychoses alcooliques chroniques est considéré comme absolument indistinct.

Nous négligerons totalement ces acquisitions qui n'ont qu'un rapport très lointain avec notre sujet.

Plus discrètement apparaissent les descriptions du déficit mental chronique, une préoccupation d'ordre moral, qu'on ne saurait dissocier de toute la littérature naturaliste, a présidé à l'élaboration du tableau clinique de la démence éthique, le tableau de DAGONET est, à ce point de vue tout à fait suggestif. Il sera repris par bien des auteurs, et c'est encore des descriptions de ce genre que l'on trouvera dans les livres modernes :

« C'est au point de vue moral surtout que l'individu frappé de cette dégénérescence offre une physionomie caractéristique. Tout est marqué chez lui au coin d'une sorte d'affaiblissement et de véritable dégradation. »

« La volonté et la force de caractère sont déprimées. »

« Il subit avec une déplorable facilité les entraînements, les sollicitations, les impulsions, dont à un moment donné il peut être l'objet. Ce n'est plus un homme, c'est plus qu'un enfant, c'est un vieillard. »

« Il fait preuve en effet d'une sensiblerie puérile, il s'exalte sans motifs, pleure et rit sans raison. On constate, dans la plupart des cas, un affaiblissement et plus souvent encore une véritable perversion des sentiments, sous l'influence desquels il devient indifférent aux peines, au déshonneur et souvent à la ruine de sa famille. »

« Il conserve en présence même des misères qu'il a créées, ses tristes habitudes. Le repentir, ce cri de la conscience troublée, ne vient plus agiter son esprit. »

« Le changement de caractère est l'une des premières conséquences de l'alcoolisme chronique. L'individu devient méchant, irritable, violent, il frappe sans cause sa femme, ses enfants, et ceux qui l'entourent. »

« La physionomie revêt une expression qui dénote plus ou moins l'abrutissement et l'état de dégradation. »

« Quelquefois cependant, ils conservent encore la conscience de leur propre indignité, et de l'impuissance dans laquelle ils se trouvent pour dominer leur détestable passion. Ils se font horreur à eux-mêmes ; tristes et ennuyés, ils voient dans le suicide la suprême solution aux maux qu'ils endurent. »

Mais si cette forme clinique d'affaiblissement a très fortement frappé les auteurs, d'autres encore ont été remarquées. Au premier rang vient la P. G. alcoolique ; l'étiologie de la maladie de Bayle était, à cette époque, mal connue, et l'on rattachait volontiers le syndrome paralytique à une « intoxication chronique. » Tous les auteurs qui traitaient de la P. G. consacraient un chapitre à la forme alcoolique, et s'appliquaient à en décrire les caractères spéciaux. Le travail de Schüle, à cet égard, nous a paru assez caractéristique pour mériter une large citation.

Le manuel de SCHÜLE dont les éditions s'échelonnent entre 1880 et 1908, laisse déjà apercevoir la naissance du concept de paralysie générale maladie spécifique, aussi l'auteur distingue-t-il les vrais et les faux paralytiques :

« L'alcoolisme chronique peut prendre un aspect paralytique ou se transformer en une forme spéciale de paralysie progressive. Dans le premier cas, la paralysie est seulement symptomatique de l'alcoolisme chronique, elle n'est pas progressive et peut s'améliorer ou même guérir. Dans le 2^e cas, c'est une véritable paralysie progressive et se termine comme la paralysie ordinaire: »

PREMIER CAS.

« L'alcoolisme à forme paralytique présente une allure subaiguë ou chronique. L'affaiblissement psychique et les troubles de la motilité de l'alcoolisme ordinaire en constituent les premiers symptômes.

« Dans la variété subaiguë qui se développe en quelques mois, les excès alcooliques sont régulièrement suivis d'accès maniaques avec incohérence de langage, puis excitation générale, idées ambitieuses, gloutonnerie vorace, démarche et parole incertaines, ainsi que d'autres troubles dus à l'alcoolisme.

« Dans la variété chronique qui se développe en plusieurs années, c'est un délire de persécution des buveurs accompagné d'hallucinations, qui marque le début et constitue les symptômes psychiques durables : à ce délire s'ajoute un affaiblissement musculaire, outre les troubles alcooliques de la motilité qui persistent encore en partie.

« Les symptômes cliniques comportent des différences considérables entre la forme paralytique de l'alcoolisme et la *paralysie classique*. Le trait le plus

important dans la paralysie alcoolique est la combinaison des symptômes de paralysie et des symptômes d'alcoolisme.

« Les hallucinations sont beaucoup plus fréquentes que dans la paralysie ordinaire, surtout intenses pendant la nuit (ce qui dénonce l'alcoolisme), assez souvent elles sont constamment du même ordre (les malades croient être trompés par leur femme).

« Dans leur ensemble, la forme paralytique de l'alcoolisme et la paralysie alcoolique n'ont pas la même symptomatologie que la paralysie typique des aliénés ; c'est la symptomatologie modifiée de la démence primitive avec la paralysie ou ataxie paralytique.

« Un trait distinctif des paralysies alcooliques est une dégénérescence morale, symptôme essentiel que l'on observe dès le début.

« Dans la paralysie typique on peut voir, au milieu de la déchéance intellectuelle, des sentiments élevés et nobles apparaître encore d'une façon passagère. Ici au contraire, les sentiments moraux s'émoussent dès l'abord, et les besoins des sens prennent une importance exagérée.

« La mémoire est parfois passablement conservée, tandis que l'intelligence a subi un amoindrissement général, et les malades sont souvent incapables de comprendre leur situation.

« Ils ont des idées délirantes vagues. Ils sont toujours satisfaits, apathiques, leur humeur varie facilement, et on les fait passer sans peine des larmes au rire, comme les ivrognes invétérés. Ils sont non-

chalants, indifférents à tout, n'ont plus aucun souci des convenances, satisfont leurs besoins devant tout le monde, ne tiennent compte de rien.

« Le délire ambitieux est modéré, représenté seulement, en général, par une euphorie démente ; il ne dirige pas les actes des malades, et n'est pas nettement constitué comme dans la paralysie classique.

« Chez un buveur de profession, qui présentait un tremblement modéré, j'ai observé *une fois*, après une émotion violente, un état aigu d'exaltation avec tous les caractères de la paralysie classique, et en particulier, avec le délire ambitieux spécifique.

« Autre exemple : les caractères psychiques les plus importants de la P. G. (délire ambitieux net, lacunes morales, affaiblissement du jugement) se retrouvaient dans les symptômes de l'affection alcoolique, mais les symptômes moteurs faisaient défaut et l'activité psychique reste moins amoindrie.

« Pronostic relativement favorable.

DEUXIÈME CAS.

« La paralysie alcoolique représente une terminaison définitive de l'alcoolisme chronique, et est nettement progressive. Les diverses variétés cliniques de cette paralysie rentrent toutes dans le cadre des cérébropathies psychiques (démence avec paralysie).

« Tableau clinique :

« — combinaison des symptômes alcooliques et cérébropathiques chez un même individu.

« — détente par des manies intercurrentes, avec

délire ambitieux de nuance religieuse et idées de culpabilité, et par des accès de delirium tremens.

« — les symptômes psychiques et surtout la démence précèdent plus souvent que dans la paralysie ordinaire les troubles de la motilité.

« — le délire ambitieux, d'abord très modeste, augmente par la suite et arrive enfin à son plein développement lorsque l'affaiblissement psychique annule toute espèce de jugement.

« Evolution d'allure toujours chronique et progressive. »

Plus tard, la pseudo Paralysie Alcoolique sera décrite et défendue par Klippel et toute son école. On sait que cet auteur fait jouer un rôle primordial, dans la pathogénie de cette affection, à l'intoxication d'origine hépatique.

A l'heure actuelle, la grande majorité des auteurs admet l'existence de tableaux cliniques très rapprochés de ceux de la paralysie réalisés par l'alcool, cependant le terme de [P. G. est quasi-réservé à la méningo-encéphalite spécifique.

A la fin du siècle dernier, Charcot décrivit un syndrome très spécial, dont l'étude fut reprise ensuite par Korsakoff, dans des cas de psychoses puerpérales. Ce fut la psycho-polynévrite.

Et en cette matière, l'étiologie alcoolique se révéla être la source de l'écrasante majorité des symptômes. Si bien que P. G. implique désormais syphilis, « Syndrome de Korsakoff » suppose presque aussi rigoureusement alcool.

Ainsi se dégagèrent peu à peu les trois formes essentielles de déficit chronique dû à l'éthylisme. Il convient d'ajouter à cette liste quelques éventualités envisagées par les anciens auteurs comme des associations d'alcool avec d'autres causes de démence, au premier rang desquelles la démence sénile. Les travaux anatomiques plus récents ont permis d'individualiser, au moins au point de vue anatomique, les pachyméningites hémorragiques dont la symptomatologie est faite de signes intriqués de déficit intellectuel profond, de signes pseudo-tumoraux, et d'épisodes aigus à forme d'ictus.

Nous avons ainsi rapidement mis en place les acquisitions les plus solides de la séméiologie, en ce qui concerne les déficits alcooliques chroniques. Chemin faisant, nous n'avons guère trouvé de descriptions qui fassent penser aux cas d'indifférence affective dont nous avons entrepris l'étude. Cependant, cet aspect du problème n'était pas passé absolument inaperçu aux yeux des auteurs, et il faut rechercher, dans le tableau qu'ils donnent du caractère habituel de l'intoxiqué chronique des traits qui le rapprochent des malades que nous avons en vue. MAGNAN avait cité *l'hébéture* et *l'indifférence* des alcooliques chroniques. Dagonet indiquait : « l'habitude de la boisson détermine peu à peu chez celui qui s'y adonne un dégoût profond de l'existence et le détache insensiblement de toute espèce d'intérêt ». Le même auteur pensait pouvoir expliquer les tendances au suicide des alcooliques par cette indifférence, il en donnait une explication syllogis-

tique dont la forme est loin de nous satisfaire

RÉGIS insistera sur le « manque d'activité spontanée des alcooliques ». LEGRAIN, dans le tableau qu'il trace de l'alcoolique chronique, notera « indifférence » à tout ce qui le touche et plus encore à tout ce qui intéresse sa famille ou les êtres qui devraient lui être chers.

Plus près de nous, DIDE et GUIRAUD parlent de baisse de l'activité, de l'initiative, de perte des soucis familiaux, ils placent au premier plan les troubles affectifs.

Nous verrons que parmi les malades qui ont retenu notre attention, nombre d'entre eux présentaient, outre une démente affective, un délire, en général mal systématisé. Nous n'entreprendrons pas l'histoire des descriptions du délire des alcooliques. Signalons cependant quelques points qui nous ont frappé : Régis, dernière édition, s'exprime ainsi à propos de l'évolution des idées délirantes de l'accès subaigu : « tantôt ces idées délirantes se dissipent après l'accès, d'autres fois elles lui survivent et restent implantées dans l'esprit, soit à titre d'idées fixes post-oniriques, soit pour devenir le point de départ d'un véritable délire systématisé, ce qu'on appelle les psychoses paranoïdes des buveurs ».

Parmi les nombreux travaux qui ont envisagé les symptômes et l'évolution du délire alcoolique, ceux de TERRIEN, de COLOLIAN, d'ALLAMAGNY, laissent place à des descriptions qui en somme, mériteraient ce qualificatif accordé par Régis, de « psychose paranoïde ».

D'autres travaux tant français qu'étrangers (Daussey,

Jaspers, etc.) écartent davantage cette hypothèse et envisagent le délire des éthyliques comme une construction systématisée.

Mais le mouvement qui retiendra le plus notre attention est celui qui s'est ébauché ces dernières années en Allemagne, et surtout en Suisse, et dont DUBLINEAU s'est fait l'introducteur en France. Il s'agit, pour une part, de décrire des syndromes schizophréniques plus ou moins authentiques, dont l'étiologie paraîtrait être alcoolique.

Les arguments les plus importants sont d'ordres statistiques, NOTHAAS a décrit 21 cas de schizophrénie chez des buveurs pour lesquels aucune autre étiologie ne semblait pouvoir être mise en cause.

Mayer Gross, chez 30 alcooliques avérés, a mis en évidence des symptômes de dissociation indubitables. Woljemberger, sur 15 psychoses hallucinatoires alcooliques dont il a suivi l'évolution, en a vu 10 présenter une schizophrénie manifeste, et 4 un état analogue à la schizophrénie. Signalons la monographie de Schwartz qui a très minutieusement publié deux observations assez intéressantes. Rudin a apporté des arguments d'ordre généalogique récent corroborés par Luxemberger.

La tendance générale de ces auteurs, inspirés semble-t-il, par les anciennes descriptions de Wernicke : hallucinose alcoolique, est d'admettre l'existence de formes hallucinatoires alcooliques de structure schizophrénique.

Mais le courant le plus catégorique, quoique ex-

primé parfois avec réticence, est celui représenté par POHLISCH qui n'hésite pas à écrire « on ne peut plus considérer comme spécifique les psychoses de l'alcoolisme chronique ».

Il nous paraît piquant de rapprocher cette phrase caractéristique d'opinions hardies, de celle semblable qu'écrivait 70 ans plus tôt DAGONET :

« Le Dr Morel a voulu assigner aux folies alcooliques, comme il les a appelées, un caractère spécial, mais l'observation clinique ne paraît pas le démontrer ».

« Ce qui est certain c'est que : les habitudes d'intempérance et les excès plus ou moins répétés d'alcoolisme aigu, entrent pour une part importante dans le développement de la folie : c'est un fait incontestable que de nombreuses statistiques ont mis hors de doute. Un grand nombre d'individus atteints de lypémanie, de stupeur, de manie, de paralysie générale, ne doivent leur triste maladie qu'à ces déplorables excès. »

CHAPITRE I

A notre sens il existe quatre formes essentielles de déficit durable alcoolique.

Deux formes massives : la psycho-polynévrite et la pseudo-paralysie générale alcoolique ne peuvent être confondues avec les syndromes moins profonds que nous avons à l'heure actuelle en vue.

Par contre, il existe, dans l'alcoolisme chronique, une forme de démence « éthique » reconnue par tous les auteurs, et dont le diagnostic pourrait à la rigueur se poser avec les formes de déficit discret qui nous intéressent.

Il n'est nullement dans notre intention de discuter l'existence de la démence éthique. Nous tenons même à en rapporter un exemple qui nous paraît typique, afin de bien poser le problème en face du déficit affectif.

Observation N° 1. — Sch... Victor.

Né le 15 octobre 1895, d'une famille particulièrement riche en faits pathologiques : sa mère était une alcoolique invétérée, une de ses tantes est morte à l'asile. Deux de ses frères furent internés, atteints l'un de démence précoce,

l'autre de psychose maniaque dépressive. Deux de ses sœurs furent également placées à l'asile.

Après une scolarité peu brillante, Victor apprend le métier de boulanger. A la fin de son apprentissage, il est appelé sous les drapeaux et combat durant 3 années. Commotionné il obtient une pension dont le taux, après plusieurs révisions sera stabilisé à 25 %.

Au retour de la guerre, il se marie avec une fille connue au dancing du pays, et devenue sa maîtresse. L'union fut malheureuse, déjà Victor s'adonnait à la boisson, un enfant naquit et peu après la femme quitta son mari paresseux, jaloux, brutal, et elle obtint le divorce.

Dès cette époque, Sch... travaille de façon irrégulière, change constamment de place. Ivrogne invétéré, il est condamné en 1930 et 1931 par le Tribunal correctionnel pour des faits en état d'ivresse.

En 1932, il est placé pour la première fois à l'Asile : au cours d'une ivresse, notre homme a tenté de se suicider par section des veines du poignet. Hospitalisé, il s'est précipité par la fenêtre dans un raptus pantophobique. A la suite de cette chute on dut l'amputer de la jambe gauche. Le choc opératoire provoqua un nouveau delirium qui mit ses jours en danger. Après un séjour de 10 mois, sevré, Victor obtient sa sortie.

Un an plus tard, nouvel internement, d'office, à la suite d'un certificat médical constatant le trouble quotidien que son ivresse inflige à l'ordre public. L'internement dure près d'un an.

En 1938, nouvel internement. A la suite de scandale et bris de glaces, Sch... est adressé à un expert auquel il se présente en état d'ébriété. Les conclusions de l'expert

sont : atteint de démence alcoolique, doit être placé d'office dans un établissement d'aliénés.

La présentation générale est celle d'un « honnête piovrot » tour à tour sensible et pleurnichard, puis vantard et « fort en gueule ». D'emblée on est frappé par la dysarthrie pâteuse caractéristique chez ce genre d'individu. La sensiblerie est la note dominante, la labilité de l'humeur fait passer du rire aux larmes, de l'attendrissement à la dignité offensée. Les réponses se ressentent de cet état, elles ne correspondent jamais directement à la question, car dès les premiers mots le discours dévie, pour adhérer sous forme de rabâchage au thème privilégié du moment.

La mémoire est gravement touchée, Victor ne peut nous dire la date de son mariage, ni l'âge exact de son fils. Il trouve à ces lacunes des excuses presque cocasses : « Je ne peux pas savoir, j'étais toujours sorti » et qui le satisfont pleinement. La guerre s'est déroulée de 1915 jusque vers 1918... Confinant aux troubles de la mémoire, on note une fabulation facile à provoquer : il reconnaît le médecin auquel il a vendu des œufs un jour dans un café, le médecin était avec sa femme, et lui, Victor, a payé la tournée après l'affaire.

Les souvenirs scolaires sont relativement conservés. Le calcul mental est à peu près satisfaisant, mais les épreuves actuelles, pratiques, sont insuffisantes. Il compte mal les pièces de monnaie, est incapable de rendre la monnaie. Les réponses sont données trop vite, la recherche est effectuée sans soin. Les proverbes sont pris dans un sens personnel et il ne peut saisir ni la généralisation ni le symbole.

Les facultés de jugement sont très affaiblies. L'adaptation à l'ambiance est nulle.

Au point de vue affectif, nous avons noté la sensibilité, les jérémiades, les brusques colères. Quant aux sentiments qu'il nourrit à l'égard de sa famille, ils paraissent sur un plan très élémentaire. Il aime toujours sa femme déclare-t-il et on comprend qu'il la désire toujours.

Pudibond à la manière des ivrognes, il ne se gêne guère pour évoquer quelques scènes de débauche. Sa conduite ne lui inspire aucun remords. Il boit fréquemment, il est saoul presque toujours, mais c'est son métier, que faire à cela ?!! Il n'a à l'égard de son infraction qu'un regret très minime, regret d'avoir fait une « bêtise » qui lui attire des ennuis, mais aucune appréciation éthique.

Les cauchemars prennent chez ce sujet une importance capitale et entraînent une croyance, une adhésion absolue. « Ce n'est pas du rêve, c'est de la réalité ». Il expose un délire onirique typique : toutes les nuits sont un martyre, il est poursuivi par des individus armés de couteaux et de poignards. Pour s'en délivrer il prie, et le Bon Dieu le protège parce qu'il est quand même un brave type. Cette protection ne l'empêche pas d'être mordu et même empoisonné. Et tout le récit se termine par une grande affirmation : « Voyez-vous toute la vie est une lutte ».

L'examen physique révèle quelques signes de spasmes faciaux avec ptosis de la paupière gauche par instant. Abolition du réflexe achilléen droit. Pas de Babinski. Pupilles régulières rondes, égales, réagissant bien.

Pituites matinales. Tremblement. Crampes dans les jambes. Cauchemars.

Pas de signe d'affection organique grossière en dehors d'une déficience hépatique manifeste.

* * *

On le voit, un tel sujet ne présente qu'un affaiblissement assez localisé à l'appréciation de valeur morale et de bon ton.

Les malades dont nous allons exposer l'observation vont présenter un tableau tout différent. Tantôt on trouvera isolée, une démence localisée à l'affectivité et réalisant une indifférence presque complète, tantôt cette démence se combinera à d'autres éléments, le plus souvent il s'agira d'un délire. Quelquefois aussi, à la démence affective s'ajoutera la démence éthique ; quelquefois enfin, on notera un cortège de signes qui font typiquement penser à une forme de démence précoce.

Pour chaque cas, nous signalerons les particularités évolutives de la maladie observée, en essayant de dégager, lorsque cela est possible, les facteurs constitutionnels importants dans le tableau.

CHAPITRE II

DÉMENCE AFFECTIVE ISOLÉE

Observation N° 2. — Ba...

Né le 27 mai 1898, égoutier dans une grande ville de l'Est.

Admis le 18 avril 1935. Le certificat d'entrée signale une crise de delirium tremens subaigu, avec confusion mentale, onirisme, idées de persécution. Zoopsie. Peau moite, tremblement généralisé.

Les troubles avaient débuté de façon apparente trois mois avant l'entrée à l'asile. Ba... se plaignait de céphalées, la nuit avait des cauchemars zoopsiques et paraissait anxieux. Il avait fait une tentative de suicide.

On notait à l'entrée un syndrome neurologique et digestif d'alcoolisme chronique : pituite matinale, anorexie élective, réflexes diminués, crampes dans les mollets, etc... Le malade était fébrile.

Très rapidement l'état subaigu se calme, et dans les mois suivants, le syndrome d'alcoolisme chronique s'estompe peu à peu. Le malade se trouve à l'asile depuis 4 ans, et son comportement depuis les trois dernières années n'a pas notablement varié.

Docile, souriant, mais totalement inactif, il reste dans un coin de la salle de jour durant des heures. De temps

en temps il chante, d'une belle voix de basse quelque refrain du pays. Il a toujours refusé de travailler arguant de l'insuffisance du pécule. Il ne réclame jamais sa sortie, n'écrit pas à sa famille. Il reçoit avec une parfaite indifférence la nouvelle d'une grave opération chirurgicale subie par sa femme. Il a accepté pendant trois mois de travailler comme manœuvre chez le maçon, puis sans qu'il indique la raison de son refus, n'a plus voulu quitter le quartier.

L'examen ne décèle aucune idée délirante, le comportement du sujet ne permet d'en soupçonner aucun système. Bien orienté, conscient, mnésique, Ba... ne présente aucun signe d'affaiblissement intellectuel. C'est ainsi qu'il explique d'une manière très claire et nuancée, les contradictions apparentes entre deux proverbes : « tel père, tel fils » et « à père avare, fils prodigue ». Les souvenirs scolaires sont suffisants, mais nullement utilisés. Ba... ne lit pas le journal, et ne se tient au courant que par de vagues conversations entendues ça et là.

Nous avons cherché quelques renseignements sur les antécédents du sujet. Dans l'enfance, Ba... n'a jamais été malade. Scolarité primaire jusqu'à 14 ans. Il a fait son service militaire et une partie de la guerre, deux blessures aux jambes et à la région lombaire sans gravité.

Après la guerre, à 24 ans, il se marie et a sept enfants, dont trois sont morts en bas âge.

On note surtout une instabilité professionnelle très grande, Ba... a travaillé dans toutes sortes d'entreprises en qualité de manœuvre et, malgré un niveau mental que nous avons vu très suffisant, n'a jamais appris de métier. Il allait d'une place à l'autre, quittant les entreprises non parce qu'il était renvoyé, mais « parce qu'il ne s'y plaisait pas ».

La famille est indemne de tare psychiatrique.

B.-W. positif dans le sang à l'admission, mais liquide céphalo-rachidien normal. Depuis le malade a été négativé, et l'examen le plus minutieux ne permet de déceler aucune trace de symptôme pouvant être rattaché à la P. G.

Au point de vue morphologique, Ba... est un grand gaillard de 1 m. 85, dépassant largement 100 kgr., d'aspect displasique, mais tirant cependant sur le piknique.

En résumé, nous voyons apparaître chez un instable alcoolique chronique, à la syphilis secondaire, un accident subaigu d'alcoolisme. Après la guérison de ce delirium, subsiste uniquement une indifférence affective avec euphorie, sans aucun déficit intellectuel, sans aucun trouble mental ni psycho-moteur.



Nous avons tenu à détailler cette observation, et nous nous excusons de n'en pas présenter de plus nombreuses. Très souvent, en effet, les malades du genre de Ba... sortent de l'asile et mènent au dehors une vie de parasite social. Si notre sujet est à l'asile depuis maintenant 4 ans, c'est à cause de l'attitude de sa femme qui, s'étant mise en ménage avec un autre individu, n'éprouve aucun désir de reprendre son mari. En outre, le sujet lui-même ne réclamant jamais sa sortie, il n'a pas paru d'une bonne politique, au point de vue social, de le remettre en circulation.

Un tel sujet pourrait-il être qualifié de dément éthique ? Sans aucun doute, c'est ce que ne manque-

raient pas de faire certains partisans de cette forme d'affaiblissement. On ne peut cependant s'empêcher de remarquer que Ba... conserve une attitude polie, correcte, convenable, n'a jamais fait scandale, n'a jamais présenté de libérations instinctives ni pendant son internement ni avant. Au contraire de certains sujets, il n'était pas un bourreau familial, et son indifférence à l'égard de sa famille est actuellement une indifférence affective et non un déficit des sentiments éthiques des devoirs d'un père de famille.

Une telle observation, isolée dans notre travail, mais dont on pourrait réunir un grand nombre — en particulier dans les dispensaires de buveurs, hélas si rares dans notre pays — ne permet évidemment pas de discuter un rattachement des troubles d'un processus schizophrénique franc. Tout au plus, pourrait-on parler d'une schizoïdie légèrement évolutive et aggravée par l'alcool.

Le rôle de la syphilis est loin d'être élucidé, mais notre cas doit être rapproché des constatations faites récemment par Dublineau, dans son Service, qui signalait la présence de B.-W. positif parmi les sujets dont le tableau d'alcoolisme chronique était atypique.

Observation N° 3. — H... Roger.

H... Roger, de la vallée de Schirmeck, bûcheron de 40 ans, est adressé au centre neurologique d'une armée par le médecin de son bataillon. Le sujet avait constamment provoqué des incidents à la compagnie par son atti-

tude soupçonneuse, hostile, et devant cet homme susceptible, taciturne, parfois violent, les camarades eux-mêmes avaient demandé à être débarrassés de lui.

H... est un solide gaillard, bâti en force, bûcheron musclé et solide. L'examen et l'interrogatoire attentif ne permettent pas de mettre en évidence des troubles grossiers, mais on est frappé par le ton évasif des réponses, l'attitude hargneuse, et quelques déclarations telles que « on me cherche ! », « c'est toujours pareil », etc... le tout noyé dans des protestations peu suspectes d'ardeurs patriotiques. Calme, inerte, indifférent, il ne s'occupe de rien, ignore le motif de son envoi dans la formation sanitaire.

Pour se faire une idée un peu précise du psychisme du sujet, il convient d'étudier son comportement social actuel et passé, à travers ses antécédents et son *curriculum vitae*.

H... est le fils d'un patron bûcheron des Vosges, sa mère a fait un séjour de quelques mois à l'asile de Stéphanfeld, il présente son père comme un éthylique chronique. Un frère a mené une vie de déséquilibré. Roger fut un bon élève à l'école, puis embrassa le commerce paternel où il réussit d'abord assez bien. Passé au service d'une grosse firme de bois, il accomplit pour elle des déplacements à l'étranger, c'est ainsi que pendant deux ans, il fut chef d'un grand chantier en Pologne. Au point de vue militaire, il fut nommé caporal vers la fin de son service militaire et devait devenir sergent. Mais à côté de cette relative réussite, H... contracta des habitudes de boissons, fort buveur de vin, de bière, ne dédaignant pas les alcools, il indique des chiffres impressionnants de consommation journalière, avoue facilement des ivresses hebdomadaires. On parvient, sans suggestion, à lui faire énumérer des

signes non équivoques d'imprégnation éthylique : pituites matutinales, anorexie élective, crampes, sensibilité des masses musculaires, cauchemars zoopsiques et funèbres.

Depuis 1928, Roger est revenu au pays. Il a mené des entreprises amoureuses parallèles à ses beuveries, il eut plusieurs liaisons avec des filles du pays, de l'une, il eut même une fille qu'il reconnut, mais qui mourut au bout de quelques mois. C'est de cette époque que datent les déboires, les « ennuis » qui ont affecté notre sujet. Ses amours furent en général malheureuses, constamment contrariées par des oppositions familiales fondées sur des hostilités et surtout sur son intempérance. Il est difficile de démêler, dans le récit que nous fait actuellement Roger, la part d'interprétations rétrospectives et d'inductions motivées. Toujours est-il que notre homme vécut de plus en plus dans la conviction qu'il était en butte à l'hostilité de ses voisins et compatriotes. La fille du maire se moquait de lui ; l'adjoint, par rancune contre son père, a poussé un garde à l'arrêter pour un délit forestier ; pour comble, il est convoqué à une période pour passer au grade supérieur, mais il remarque qu'aucun de ses camarades de son âge n'est appelé, cela prouve bien « qu'on le cherche ». La période est l'occasion d'excès de boisson et, dès l'arrivée, une violente altercation éclata avec un officier. H... est cassé de son grade de caporal.

Depuis 1930, Roger a abandonné toute activité de direction, il travaille en qualité d'ouvrier dans des entreprises de bûcheronnage et de schlittage ; il ne sort plus, ne va plus à l'auberge « puisqu'on lui en veut » et sauvagement il se cantonne auprès de sa mère dans la culture d'un jardin potager. Par instant, il entre dans de grandes colères quand il se sent taquiné. Il a complètement suspendu ses

tentatives érotiques. Ses réactions impulsives sont en partie motivées, et il y a une grande part de vérité dans ses dires lorsqu'il raconte : « les gosses du pays en ont après moi ! dès qu'ils me voient ils crient à l'ivrogne ! et pourtant je ne bois plus ! » et de fait, depuis plusieurs années, H... a beaucoup diminué sa consommation en boisson fermentée. On ne note pas d'hallucinations nettes, mais la croyance dans une « influence » (le mot est du sujet lui-même). « Parfois, dit-il, je suis terrassé par eux, je ne peux pas bouger, rien faire, et si je me signe même avec la langue seulement, tout passe ». Le sujet attache encore une importance à des scènes oniriques évidentes vécues par lui au cours de rêves banaux.

Mais ce qui frappe chez cet homme, qui a eu autrefois une vie d'initiative, c'est le désintérêt. H... vit avec sa mère, celle-ci a recueilli les enfants du frère de Roger, un garçon et une fille de 14 et 12 ans. L'oncle n'a eu pour ses neveu et nièce aucune attention, il décrit sa vie ainsi : « j'arrive, je vais au jardin, je mange, et je monte me coucher dans ma chambre, les enfants je ne les vois pas et je m'en moque ! » Il n'y a là que de l'indifférence et pas d'hostilité plus ou moins délirante.

Peu après la mobilisation, H... est envoyé dans une formation sanitaire par un train. Négligeant de quitter ce train, il n'est descendu qu'à Montauban, quitte à être aiguillé avec la même passivité sur une ambulance des Vosges. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il advient à un homme jadis capable de traverser l'Europe !

Et cependant, il n'existe pas de déficit intellectuel, les souvenirs scolaires sont suffisants, les facultés de jugements indemnes, la mémoire n'est pas atteinte, le sujet signale seulement des oublis par défaut d'intérêt et par-

tant d'attention. Il oublie où sont les arbres abattus, où il a laissé ses outils.

Tous ces renseignements sont corroborés par la visite de la mère du sujet, qui nous a décrit avec une mimique un peu effrayée la frénésie de travail de son garçon « il ne fait que cela, et le reste il s'en moque ». Elle nous indique qu'elle a eu toutes les peines du monde à retenir le maire du village qui l'an dernier voulait faire interner Roger.

Notons qu'il s'agit d'un sujet à la face athlétique, carrée. L'examen physique ne permet de relever que peu de signes graves, le foie est un peu hypertrophié et sensible au palper, il existe un tremblement fin.



CONCLUSION. — Nous avons affaire à un sujet taré, qui s'est livré pendant une quinzaine d'années au moins à des excès éthyliques massifs qui ont entraîné un tableau d'éthylisme chronique.

Puis a évolué, peu à peu, une susceptibilité pathologique qui amène le sujet à se présenter comme un prédélirant. Mais parallèlement le comportement s'est modifié vers une schizoïdie progressive ou l'indifférence farouche joue le rôle important.

CHAPITRE III

DÉMENCE AFFECTIVE ET DÉMENCE ÉTHIQUE

Si certains malades, comme nous l'avons vu, présente isolément une démence affective évoluant à la suite d'accidents éthyliques indubitables, les mêmes symptômes peuvent être associés à un déficit d'un autre ordre, et en particulier à la démence éthique.

Observation N° 4. — M... Charles.

Né le 28 octobre 1888, a été interné le 30 mars 1937.

M... Charles a été placé à l'asile dans des conditions très spéciales, inculpé du viol de sa fille ainée âgée de 17 ans, il fait une tentative de suicide qui a nécessité son placement avant même que les conclusions du rapport d'expertise soient déposées (1).

1. Les conclusions avaient été les suivantes : M... n'était pas en état de démence au moment de l'acte, mais il présente un état dépression sur fond d'alcoolisme chronique qui nécessite son placement et son maintien dans un asile d'aliénés.

Par la suite, de tels malades sont, pour le chef de service, la source de très réelles difficultés. En effet, le malade une fois guéri doit-il subir une condamnation ? C'est souvent aller au-devant d'un nouvel accident psychopathique. C'est là un aspect particulier du problème des sorties des aliénés délinquants qui a paru échapper à la plupart des auteurs.

M... raconte volontiers son enfance malheureuse auprès d'un père souvent ivre qui le rudoyait, et d'une mère arriérée qui avait à plusieurs reprises quitté le domicile familial.

Dans cette jeunesse, M... fit plusieurs fugues et à plusieurs reprises passa plusieurs jours dans les bois.

Le sujet fréquenta l'école jusqu'à l'âge de 14 ans, de manière irrégulière et cependant fructueuse. Il fait ensuite toutes sortes de métiers, tour à tour manœuvre, peintre, maçon, couvreur, magasinier, etc...

Durant la guerre, il revient un jour en permission de 48 heures et trouve sa mère seule au magasin, sans aide. Dans un coup de tête, il épouse une fille de la ville dont il reconnaît l'enfant qui n'est pas de lui, il repart aussitôt, le mariage n'ayant pas été consommé. Quelques mois après un enfant naît, que M... reconnaît encore.

C'est pendant la guerre que le sujet a contracté ses habitudes d'alcoolisme, c'est de cette époque que date les premiers troubles : cauchemars zoopsiques et surtout troubles hépato-digestifs.

Après la guerre, M... reprend un de ses anciens métiers : peintre. Il est ensuite chauffeur et voyageur de commerce. Mais il est constamment en chômage, renvoyé par ses patrons à la suite d'excès éthyliques massifs et irrégularités dans le service.

M... fait un récit minutieux de ses consultations chez divers médecins, de ses troubles qui paraissent dus à une gastrite éthylique : pituites, éructations, constipation, intolérance aux aliments gras et aux œufs, en outre, crampes dans les mollets.

Rien ne manque au tableau de cet alcoolique chronique, puisqu'on trouve encore la polynatalité, M... a 5 enfants. Il

trace un tableau touchant de son action d'éducateur, soucieux de la correction et de la bonne tenue de ses enfants. Renseignements pris, il s'avère que le sujet se conduit en bourreau familial, violent avec ses enfants et sa femme.

Au cours des dernières années, les excès sont devenus de plus en plus fréquents et importants. M... buvait pour calmer ses douleurs. Il n'a plus eu de rapports sexuels avec sa femme depuis trois ans, il a entretenu des rapports fréquents avec diverses prostituées, et lors de l'internement il était, nous le rappelons, convaincu d'avoir violé sa fille aînée.

En mars 1937, sous le coup de cette inculpation, et souffrant plus que d'habitude, M... avoue avoir bu un demi-litre d'alcool en une nuit. Au matin, souffrant toujours, il décide d'en finir et prend en bouche le tuyau du gaz..., il se réveille dans l'ambulance qui l'amène à l'asile.

Durant les 15 premiers jours, M... est désorienté, alité et torpide, il répond à peine. L'observation signale : bradypsychie, indifférence, le faciès atone et inexpressif. Les réactions dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont normales.

M... est sorti de cette torpeur progressivement, mais reste parfaitement indifférent, un des médecins qui l'a vu a écrit à son propos le mot d'autisme. Il est au quartier, ne travaille pas, s'occupe un peu à dessiner, se contentant de recopier servilement les dessins quelconques trouvés dans les journaux. L'interrogatoire réitéré ne révèle aucun délire. Simplement des tendances hypochondriaques qui se traduisent par un récit trop complaisant des douleurs physiques, actuellement d'ailleurs très diminuées grâce au sevrage.

Le fond mental est normal, et M... a conservé un souve-

nir très précis des divers épisodes de sa vie, donnant notamment sur ses voyages des précisions très satisfaisantes.

Au point de vue morphologique, M... est un individu de taille moyenne, au visage assez particulier : les pommettes sont saillantes, le front très découvert, les yeux petits mais non bridés. Tel qu'il est, le sujet présente un habitus assez proche de celui de certains schizophrènes. L'examen physique ne révèle rien de notable.



En résumé, M... est un instable qui s'est alcoolisé, et qui, à la suite a présenté :

— Une démence éthique qui s'est traduite d'une part, par le comportement de bourreau familial, par les attentats sexuels sur la fille,

— d'autre part, par une délinquance notable « oublieux des convenances et escroqueries ».

Mais depuis l'entrée à l'asile, le sujet se présente comme un dément affectif, avec indifférence totale, hypochondrie et l'on ne peut s'empêcher de rapprocher un tel état du tableau schizophrénique si présent par ailleurs.

De cette forme de déficit, nous n'avons encore qu'assez peu d'exemples. C'est que M..., comme Ba..., pouvait fort bien sortir après son état dépressif, n'étaient les circonstances particulières, et le problème médico-légal que sa sortie ne manquerait pas de faire naître.

Il nous paraît d'une très grande importance doctrinale de voir coexister chez un même sujet la démence éthique classiquement décrite, et la démence affective que nous chercherons à faire admettre. On ne peut s'empêcher de songer à la séduisante hypothèse Krestchmérienne qui consiste à admettre l'existence, chez un même individu, d'éléments constitutionnels différents, parfois même opposés.

Chez M... on pourrait décrire, en effet, une période syntone et une période schizoïde dans son existence. Dans la première, M... est un alcoolique noceur, blagueur, plein de sensiblerie, exerçant un métier nécessitant une syntonie absolue : représentant de commerce. Dans la seconde, M... est un de ces nombreux malades indifférents, que l'on trouve à l'asile, n'entrant en contact ni avec les infirmiers, ni avec ses camarades, ne réclamant jamais sa sortie, n'écrivant jamais à sa famille. Les seuls points communs entre ces deux tableaux paraissent être le facteur toxique et les préoccupations hypochondriaques.

CHAPITRE IV

DÉMENCE AFFECTIVE ET DÉLIRE

Les alcooliques les plus fréquemment rencontrés à l'asile et présentant cette démence affective qui nous occupe, présentent en même temps des éléments délirants qui peuvent être plus ou moins importants, et peuvent même s'intégrer dans un tableau complet de démence précoce.

Il est à noter que, en dehors du délire de jalousie maintes fois décrit, la plupart des auteurs passe sous silence le délire chronique chez les alcooliques.

L'opinion généralement admise semble être cristallisée dans la formule déjà ancienne du délire systématisé secondaire. En France, l'hypothèse la plus fréquemment admise est l'expression des tendances constitutionnalistes : l'alcoolique fait un délire subaigu. L'alcoolique ordinaire guérit de son délire, l'alcoolique paranoïaque systématise un délire secondaire. C'est l'opinion de Douthett, de Régis, formulée au Congrès de Marseille, par Anglade, qui incrimine les constitutions paranoïennes nouvellement décrites par les Italiens TANZI, RIVA, etc... (1885).

En 1921, Delmas exposait une théorie analogue du

délire chronique des alcooliques, considéré comme un délire post-onirique.

Ces tendances nous pousseront à rechercher dans les observations qui vont suivre la note paranoïaque constitutionnelle.

Observation N° 5. — Be... François.

Né le 5 juin 1887, entré à l'asile le 21 octobre 1923.

Nous ne le connaissons que beaucoup plus tard, et bien orienté, conscient et mnésique, il est capable de nous raconter son histoire, et mieux encore sa vie. En outre, nous possédons sur lui quelques notes prises par les médecins du Service.

Notre malade est né d'une famille de vignerons mosellans, il est le dernier de 8 enfants. Cinq de ses frères et sœurs qui le précédaient immédiatement sont morts en bas âge, avant sa naissance. François a donc 10 ans de moins que le frère cadet. Il grandit entouré des soins de ses aînés.

A l'école, il est un élève studieux, appliqué, docile, c'était un enfant sage. « J'étais gentil, joli, avec tout le monde » dit-il, son père ni sa mère ne l'ont jamais battu. Les souvenirs scolaires, convenables, laissent à penser qu'il profita normalement de son séjour à l'école.

A 19 ans, il entre aux chemins de fer, sur les conseils de son frère, cheminot lui aussi. Entré comme ouvrier, il va subir toutes sortes d'examens pour s'élever dans la hiérarchie, jusqu'au grade de « conducteur ». Toute cette période, il la passe en compagnie de ses deux frères « nous avons vécu 10 ans ensemble, sans femme ».

Ses parents étaient morts ; le frère aîné, cordonnier

dans un village voisin de Metz, faisait la cuisine et les deux autres rentraient le soir. Trio tendrement uni, sans dispute, lié par une franche camaraderie, épousant les griefs et les amitiés de chacun. Aux yeux de notre sujet, cette période est l'âge d'or de sa vie ; il raconte avec attendrissement les promenades avec ses frères, leurs participations aux fêtes de village ; c'est avec admiration qu'il indique 'que ses frères étaient « de beaux hommes ». Dès cette époque, l'imbibition éthylique commençait, mais elle paraît avoir été fort bien tolérée.

Mais, cette période heureuse prit fin avec la guerre. Mobilisé dans les chemins de fer, François est envoyé sur des convois qui vont ravitailler le front. C'est une séparation dont il a beaucoup souffert. Alors que beaucoup ont rapporté de la guerre des souvenirs de camaraderie, François n'en a conservé aucun. Hostile et résigné, il s'est abstrait du milieu et a bu. Cependant, il serait inexact de le présenter comme un schizo-autiste. Tout, y compris sa morphologie de picknique enluminé par l'alcool s'oppose à une telle interprétation.

La guerre finie, notre homme est nommé à des postes éloignés de Metz, qui lui interdisent la vie fraternelle commune... De plus, ses frères se marient. François passe de M. à B. Y. puis de là à Th. Il n'a plus goût à son métier, ou peut-être a-t-il obtenu son bâton de maréchal, en tous cas il ne passe plus de nouveaux examens. Les excès éthyliques deviennent toujours plus importants.

C'est en août 1920, selon ses dires, qu'il aurait ressenti les premiers troubles : il était à l'inauguration du monument du Poilu, à Metz, lorsqu'il a « senti le rayon entrer dans sa poitrine », il a pleuré à chaudes larmes, c'était le « fil ». Pendant deux jours il s'est senti terrassé, puis cela

a passé. Nous ignorons si ce récit fait allusion à un premier trouble ou à un événement banal, un éblouissement, interprété rétrospectivement.

En 1923, il était à Thionville, il entra alors dans la pathologie par un grand syndrome hallucinatoire, surtout auditif : « C'était des voix qui couraient après moi, quand j'étais à Thionville, elles étaient en haut du clocher, et si j'allais au village, chez mon frère, elles étaient encore dans le clocher ». On note, à cette époque, un « syndrome d'automatisme mental », où dominent : les commentaires injurieux des actes, mais aussi les menaces. Nous avons peu de renseignements objectifs sur cette époque ; le certificat d'admission est ainsi conçu : « Affaiblissement intellectuel chez un éthylique chronique, avec idées de persécution mystiques, troubles sensoriels, insomnies, etc... » Autant qu'on peut en juger, il s'agissait de ces états délirants assez fréquents, avec teinte semi-anxieuse, hallucinations multiples, souvent accusatrices.

Pas de notes sur l'évolution ; nous nous contenterons de présenter les choses telles que le sujet les expose en les accompagnant de réserves prudentes : pendant 7 ans, les esprits l'ont possédé, entièrement, de 1923 à 1930.

Les troubles psycho-sensoriels ont été particulièrement intenses ; c'était une voix d'homme, toujours la même qui, constamment lui parlait, lui reprochait ses moindres actes, surtout sa masturbation ; « c'était sans doute la voix de Dieu, dit-il, tellement elle était forte et puissante ». Mais il avait peur, des esprits étant logés dans sa poitrine et se livrant à un combat incessant et acharné. Il percevait ce combat ; on ne peut arriver à lui faire dire s'il l'entendait réellement en fait ; il avait la notion de deux antagonistes qui se disputaient.

De plus, de nombreuses sensations corporelles étaient interprétées dans le sens de la persécution. Les « hallucinations périphériques » sont probables. Au premier plan, comme toujours, des hallucinations sexuelles sur lesquelles le sujet est assez réticent, encore qu'il s'en plaigne fort.

Depuis 1930, les phénomènes se sont beaucoup atténués ; il « n'entend presque plus ». Mais les hallucinations périphériques persistent, en s'estompant. La chose importante, c'est « qu'il est dans les voluptés ». Il ne peut expliquer correctement de quoi il s'agit ; ce sont les sensations qu'on éprouve dans la verge, lorsqu'elle ne se met pas en érection. C'est le soir « cela ne fait pas mal, mais tout de même, on n'aime pas ».

Récemment, Be... a présenté un ictus passager, ne laissant aucune séquelle ; une série d'acétylcholine a été instituée. Depuis ces injections, il ne sentirait plus rien.

Il n'existe pas d'élaboration importante pour expliquer tous ces phénomènes. « C'est le Bon Dieu ou peut-être le Diable qui vous prend par le fil » (*sic*).

Le fil, c'est le rayon qui l'a possédé à Metz, en 1920, et par lequel « les esprits » sont entrés en lui.

Constamment il parle de ses persécuteurs, au pluriel, et toujours, lorsqu'on l'interroge sur ce point, il indique une « sale voix » cette grande voix qu'il croit appartenir à Dieu.

Pendant tout ce temps, notre homme a eu, à l'asile, une conduite très régulière. Depuis 7 ans, il travaille chez le jardinier ; c'est un ouvrier très apprécié, docile.

Son attitude est très particulière, euphorique, souriant, il expose ses tristes aventures en émaillant son récit de rires. Passif, il ne réclame jamais sa sortie.

Lorsqu'on l'interroge longuement, en conclusion, il ques-

UNIVERSITY OF MICHIGAN

tionne « est-ce que vous me laisserez bientôt partir ? c'est que, vous savez, ce n'est pas drôle tous ces gens ».

Jamais il n'a eu la moindre discussion avec ses camarades, qui ne sont pourtant pas tous très agréables.

Orienté, conscient, mnésique, il s'intéresse à son entourage, connaît les noms des médecins, des infirmiers, s'intéresse à leurs successions.

Il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel, les souvenirs scolaires sont ceux de son milieu, même en général meilleurs. Be... lit le journal régulièrement, est au courant des événements politiques importants.

Il reçoit, par contre, peu de nouvelles de sa famille, et semble ne plus s'intéresser beaucoup à ses parents.

Interrogé sur sa vie sexuelle, notre sujet fait preuve d'une réticence presque complète ; il semble cependant que jamais il n'a eu de rapports sexuels en dehors des maisons de tolérance qu'il fréquentait sans assiduité.

Il avoue, à mots couverts, et avec une confusion évidente, des pratiques d'onanisme assez actives. Jamais, à l'entendre, il n'a eu de roman sentimental sérieux (?).

Il n'a pas songé à se marier, après la guerre, parce qu'il sentait qu'il allait être « victime de quelque chose » (*sic*). Et, cependant, le mariage lui paraît un bouclier contre la persécution, si ses frères ont été épargnés, c'est en qualité d'hommes mariés.

*
* *

En présence de ce sensitif, passif, docile, on ne peut s'empêcher de songer à l'équation posée par Bleuler après Kretchmer : sensitive Beziehung wahn = tem-

VERMUTLICH

pérament sensitif, plus complexe de masturbation, plus processus.... (en l'espèce alcool).

N'avons-nous pas ici tout pour conclure ???

Observation N° 6. — Ch... Jacques.

Né le 27 août 1890. Journalier. Admis à l'asile le 4 juin 1938.

Structure picknique, avec constitution schizothymique, parallélisme entre le développement de l'alcoolisme et la transformation de la personnalité. Délire de persécution à mécanisme interprétatif. Anxiété figée. Affectivité apparemment rigide et pauvre.

Ch... est un homme de 48 ans. Il a été amené à l'asile à la suite de plaintes déposées par lui au commissariat et auprès du Procureur de la République. Il prétend, en effet, qu'il est l'objet de persécutions. Elles ont commencé aux environs de Noël, dans une brasserie, à Metz ; le patron aurait invectivé contre lui, lui aurait reproché d'être ivre et d'être un inverti. Il aurait fait courir ce bruit dans la ville, en sorte que tout le monde est au courant. Sur son passage, depuis ce moment, les gens parlent de lui dans la rue, ils font des gestes qui signifient qu'on sait qu'il est un homosexuel. Alors il quitte Metz en février et va à Creutzwald, mais, là aussi, tout le monde est informé, on le suit à bicyclette, s'il parle à quelqu'un, l'entourage se moque et hausse les épaules. Il n'ose plus sortir, il reste dans la mansarde qu'il a louée ; il est plus tranquille alors, il n'entend plus rien, mais il remarque pourtant que sa propriétaire le provoque afin qu'il couche avec elle. Il n'a pas réagi contre ses persécutions, sauf par des plaintes à la police et au procureur, elles le mettaient

en colère, mais il a préféré s'abstenir pour éviter le bruit.

Au début du séjour dans le service, Ch... est assez passif, bien que perpétuellement anxieux, mais d'une anxiété assez figée. Il prétend que les malades parlent de lui dans la grande salle, et font des signes qui symbolisent cette calomnie qu'on porte sur lui. On le persécute pourtant moins que dehors, et il ne réclame pas sa sortie.

Il est tout à fait accessible et orienté, ses connaissances correspondent à son niveau social, il n'y a pas de déficit intellectuel. On ne peut mettre en évidence aucune hallucination dans aucun domaine, et il semble bien que ce qu'on dit de lui et les gestes qu'on fait à son endroit, relèvent de son interprétation ; il sait qu'on parle de lui, mais on ne lui a rien dit en face, il n'a pas entendu les paroles qui le concernent, mais il sait que c'est de lui qu'il s'agit quand plusieurs personnes parlent ensemble ; quand il est seul, il est tranquille et il n'entend rien.

Ch... est célibataire ; il nie absolument avoir eu du goût pour les enfants où les hommes. Il aurait eu les premières relations sexuelles normales vers 17 ans, il aurait eu des liaisons qui ont duré quelque temps, dans les brasseries où il allait jouer de l'accordéon. Mais depuis 6 ou 7 ans, l'appétit sexuel a diminué, les dernières relations datent de 6 mois. Il a pourtant encore des rêves érotiques, et des pollutions nocturnes. Depuis 5 ou 7 ans aussi, il est devenu plus instable dans son travail, il voyage dans la région, reste quelques mois dans une place, en change, et devient chômeur. Il boit davantage depuis cette époque, il n'avoue que 5 ou 6 bocks de bière par jour, ne boit pas d'apéritif ni d'alcool, mais il concède qu'il est assez souvent ivre.

Il n'a pas de pituite ni d'anorexie élective, mais il a des crampes dans les mollets, et des rêves de type alcoolique

(chutes, noyades, etc...). L'examen neurologique est entièrement négatif.

Il a commencé à boire lors de la mort de sa mère, en 1928, il lui était très attaché, et en a eu beaucoup de peine ; son père est mort peu après, c'est la mort de la mère qui l'a le plus affecté.

Par ailleurs, on ne trouve rien de particulier dans les antécédents familiaux, il n'a jamais eu d'aliéné chez les parents, même éloignés, il a eu deux frères et deux sœurs. La vie de Ch... n'a présenté aucun événement saillant, il n'a jamais été condamné ni interné, il a toujours vécu un peu seul, attaché surtout à sa mère ; il n'écrit à personne.

*
* *

Nous voyons se développer chez Ch... après la mort de sa mère, un alcoolisme chronique, coïncidant avec une transformation de sa personnalité, il devient plus renfermé, vit davantage seul. Puis, se développe au bout de quelques années, un délire de persécution à mécanisme interprétatif, sur un fond d'anxiété permanente, mais assez figée, sans autre manifestation affective, sans réaction. Ce sujet est de structure picknique, mais son comportement paraît avoir été toujours de caractère schizothymique. Le tableau clinique, en 1938, était tel que le Professeur Pfersdorf, qui l'examina, discuta à son sujet le diagnostic de paranoïa sensitive de Kretschmer.

Telle était notre impression, à propos de ce malade, il y a environ un an. Depuis cette époque, le tableau s'est assez notablement modifié. Ch. qui restait

debout au milieu de ses camarades, demande à se cacher. On le voit se barder de couvertures, s'entourer les jambes, les cuisses et le bas-ventre, et il commence à se plaindre de très actives persécutions sexuelles qu'on lui fait subir. Ce sont des brûlures et des excitations « comme l'envie d'un rapport qui ne peut pas aboutir ». En même temps sont apparues des hallucinations, dans le courant du dernier trimestre 1938. Hallucinations auditives commentant les persécutions sexuelles que le sujet ne cesse de subir.

La présentation s'est modifiée, Ch. est devenu un sujet hargneux, répondant plus par des grognements que par des paroles, hostile et parfois impulsif, il est actuellement quasi inaccessible, et on ne peut savoir le contenu exact de ses états de conscience.

Il est impossible, à l'heure actuelle, en l'examinant suffisamment, de ne pas songer aussitôt à une évolution d'ordreschizophrénique. Depuis quelque temps, certaines stéréotypies de la mimique sont apparues, qui ont encore aggravé le pronostic.

Observation N° 7. — Bas...

Né en 1890, entré à l'asile en mai 1938.

C'est un sujet de taille moyenne, qui a déjà perdu pas mal de cheveux, à la figure ronde avec des moustaches assez abondantes, volumineuses et tombantes. Le faciès est enluminé, on note des varicosités des pommettes. Lorsqu'on l'interroge, Bas... indique qu'il était « interdit de séjour de bistrot ».

L'histoire de ce malade est intéressante à connaître dans son ensemble. Bas... est le fils de vignerons mosellans, a fréquenté l'école jusqu'à 14 ans. C'était un bon élève, estimé de ses maîtres, docile, travailleur et discipliné. Il a fait par la suite le métier de peintre, et travailla à Metz dans quelques entreprises, changeant de maison pour se faire la main. Puis après son service militaire passé avec une adaptation suffisante, Bas..., reprend ses occupations

Lors de la guerre, il est blessé assez tôt, dès les débuts, et ensuite utilisé dans l'administration municipale.

Jusque-là, Bas..., avait constamment vécu aux frais de ses parents, qui étaient venus s'installer à Metz pour le suivre. Pendant la guerre, les parents s'éloignèrent, et c'est à cette époque que Bas..., qui jusque là avait mené une vie régulière, commença les excès éthyliques qui devaient l'amener à l'asile.

Chez Bas..., comme chez le malade de l'observation précédente, on note l'apparition parallèle des troubles du comportement et de l'appétence à l'alcool. Jusqu'après la guerre, Bas... était un garçon rangé, travailleur, mais aussi affectueux envers ses parents, et assez cordial envers ses amis. A partir de 1923 environ, Bas..., perd contact avec ses camarades, et mène une vie absolument solitaire, fréquentant tous les cafés de la ville sans se lier avec aucun compagnon de beuverie.

L'imprégnation éthylique ne tarde pas à se manifester par des troubles physiques notables, qui s'aggravent progressivement jusqu'en 1937 environ. Lorsque le malade est examiné, on lui trouve un syndrome neurologique et gastro-hépatique complet.

D'autre part, Bas... a rapidement perdu sa place dans l'administration municipale. Il vit dans une chambre qu'il

ne quitte que rarement, en travaillant très irrégulièrement.

En 1936, apparaît le premier accident subaigu qui nécessite son transport à l'hôpital.

En 1937, un second accident subaigu avec hallucinations surtout auditives. Hallucinations menaçantes, Bas... ne donne qu'assez peu de renseignements sur cet épisode, il indique seulement que c'est à cette époque qu'il a appris qu'il était « interdit de séjour de bistrot ».

Le malade multiplie alors les démarches pour faire rapporter cette mesure aussi injurieuse que gênante. C'est à la suite de ses démonstrations inopportunes auprès du Commissaire de Police, que le sujet est finalement placé d'office.

Dans le Service, Bas... se montre d'abord calme, docile, tranquille, et l'examen ne permet, en juin 1938, de noter aucun syndrome [délirant, en dehors de la croyance pathologique isolée que nous avons signalée.

Bas... n'est nullement déprimé ni excité, on ne note même pas de paroxysme et d'inquiétude nocturne. Le fond mental est parfaitement conservé. Le malade ne manifeste aucun intérêt pour un sujet quelconque. Quoique privé de sa boisson favorite, il ne demande nullement sa sortie, ni à travailler. Assis dans un coin de la salle de jour, il n'en part que pour manger ou aller se coucher, lorsque les infirmiers le lui demandent. Il ne parle pas à ses camarades, ne lit pas les journaux.

Devant un tel tableau, le médecin songe à le placer dans un hospice de vieillards dont la discipline anti-alcoolique est connue. Bas... y est transféré en août. Il en reviendra en novembre, le syndrome hallucinatoire s'étant aggravé, et un véritable délire de persécution s'étant organisé sans

qu'aucun paroxysme onirique soit venu l'alimenter.

Bas... se présente de nouveau à l'asile tout aussi indifférent, mais cette fois, lorsqu'on l'interroge, on obtient de lui l'exposé d'un délire de persécution très flou, mal systématisé, mais avec une activité hallucinatoire intense : commentaires des actes de l'entourage, commentaire injurieux, menaçant, des événements qui se déroulent autour de lui, etc...

Ce délire est d'ailleurs supporté avec la même indifférence que la situation même de l'individu.

Les signes d'imprégnation éthylique ne sont guère estompés. Les réflexes sont toujours diminués, les pituites sont plus rares, mais toujours présentes. Nombreux signes d'insuffisance hépatique (foie légèrement augmenté de volume...) Les réactions biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont normales. Le sujet n'a présenté aucun signe de perturbation de ses instincts sexuels, son comportement à ce point de vue a toujours été normal. Il ne s'est pas marié, semble-t-il, à cause de l'évolution rapide de son comportement immédiatement après la guerre, lorsqu'il aurait pu songer à le faire.

*
* *

En résumé, Bas... se présente comme un sujet à comportement quasi normal, dont l'attitude est devenue rapidement schizoïde lorsqu'il a commencé à s'adonner à la boisson de manière anormale. Il a présenté par la suite au moins deux accès subaigus (d'autres sont probables, mais non prouvés), qui ont laissé pendant un certain temps une idée fixe post-onirique.

La symptomatologie des accès subaigus était elle-même assez atypique, et faisait songer aux formes verbo-motrices décrites par Heuyer et Lacan.

Autour de l'idée fixe post-onirique, s'est organisé rapidement un délire beaucoup plus étendu, sans aucune systématisation. Ce délire évolue sur un terrain de démence affective.

Observation N° 8. — Pl... Désiré.

Pl... Désiré, né le 11 novembre 1880, célibataire, propriétaire et rentier, est admis dans le Service le 8 octobre 1936. Le certificat du médecin mentionne : « Aliénation mentale d'origine éthylique, caractérisée par de l'excitation psychique, du délire de persécution, et des réactions homicides (craintes d'empoisonnement se traduisant par des accusations précises et invraisemblables contre plusieurs personnes, et par des menaces de mort) ».

Nous avons pu établir notre observation grâce aux notes prises depuis 1938, et à des renseignements fournis par un médecin cousin du malade. Pl... est d'ailleurs un homme satisfait et qui se raconte volontiers.

Enfant unique et choyé de propriétaires terriens aisés, il a fait ses études à l'école communale puis au Lycée, mais il ne dépassa pas la cinquième où il n'était parvenu qu'à l'âge de 15 ans. Il semble avoir été un élève nonchalant, paresseux et peu compréhensif.

Désiré aidait son père (?) dans la gestion de ses biens, la surveillance des fermes. Service militaire en 1900, au cours duquel il contracte la fièvre typhoïde. En 1906, entraîné par un ami, il commence à s'adonner à la boisson,

il avoue 1 litre de vin, 3 à 4 apéritifs par jour, dose doublée chaque dimanche. Pendant la guerre, à l'Armée d'Orient, Pl... récolte un paludisme et cultive son intempérance. Puis il reprendra sa vie de paysan aisé, plus occupé de boisson que de femmes, il reconnaît quelques liaisons épisodiques, il n'a, selon ses dires, jamais pu « réussir à se marier ». Son cousin nous le décrit comme un garçon de bonne famille, mais notoirement considéré comme un buveur, bon diable, fort en gueule, un tantinet nigaud, souvent l'objet de railleries, suggestible et entraîné par ses camarades dans des mystifications dont il ne se fâchait même pas.

Ses excès s'aggravèrent encore après la mort du père en 1933. A cette époque, le sujet présentait un tableau complet d'imprégnation éthylique. Contraint de s'occuper directement de ses biens, il négligeait ces soins, et on constate peu à peu un changement de caractère. Lui, naguère pilier de cabaret, s'isolait, rêvassait, la mère s'en alarma, consulta un médecin qui prescrivit en vain un régime de désintoxication.

Les troubles sont brusquement devenus manifestes en mai 1936, nécessitant l'internement du sujet, quelques mois plus tard. Ce sont les idées délirantes et les hallucinations très proches de l'onirisme qui dominèrent alors la scène, dictant les réactions agressives indiquées dans le certificat de placement.

Pl... paraît avoir vécu à cette époque une période d'onirisme dont il a conservé des souvenirs assez peu précis, mais qu'il a ensuite élaboré, puis sont survenus des thèmes supplémentaires, en général rétrospectifs. Nous rapporterons pêle-mêle, telles qu'elles sont obtenues par un interrogatoire, quelques croyances délirantes du sujet.

Lorsqu'il les expose et quelque soit leur caractère pénible (du moins extérieurement), Pl... les accompagne d'un gros rire.

« J'ai quitté ma maison et ma mère pour suivre un député au cours de sa tournée électorale, raconte notre malade. J'ai accompagné Frot partout. Mais je ne savais pas que j'étais parti de chez moi. On m'avait enlevé ma volonté, et c'était pendant la nuit, on m'avait pris dans mon lit. Il était derrière moi, je ne le voyais pas, il m'a mis un appareil métallique qui me serrait la tête, et par cet appareil il me prenait ma volonté. Je ne savais plus ce que je faisais, et il me conduisait comme il veut. »

« Je ne l'ai vu que plus tard, pendant ma tournée avec le député. Il changeait souvent et se faisait appeler tantôt M. Larousse, tantôt M. Lucas. Il se dit être mon frère, mais je savais bien que ce n'est pas vrai puisque mon frère est mort à l'âge de 6 mois. »

« Je l'ai bien reconnu, j'ai été au Lycée avec lui, étant gosse, en 5^e, et il me battait. Puis, il était mon capitaine pendant la guerre, mais il ne s'appelait plus pareil. »

« Donc avec cet appareil, je ne l'entendais pas, et je ne le voyais pas, mais il me forçait à parler et il parlait ainsi par ma bouche ».

« Il me faisait monter sur des estrades et me faisait faire des conférences. Je ne sais plus ce que j'ai dit, mais c'était des discours politiques. Avec cet appareil, il avait un registre, c'était la sténographie, et il y pointait ce que je devais parler, et alors moi je parlais : j'étais la « machine parlante ». Après cette tournée, je suis rentré chez moi.

« J'ai toujours suivi les conseils du médecin, ce n'est qu'en septembre 1936 que j'ai bu, un jour en allant vendre mes grains. Je l'ai rencontré, mais il a encore changé et il m'a

entraîné. J'ai bu du cidre et du vin, 3 litres de cidre et un litre de vin. Il a dû y mettre des médicaments, car j'ai senti après des brûlures et des souffrances intolérables. De même, il a fait mettre aussi dans mes aliments par les domestiques. Ce sont des médicaments, car je ne sentais pas le goût, c'est après que ça me brûlait dans le ventre et dans la tête. »

« Puis un jour, toujours au mois de septembre, il est venu chez moi. C'était vers 4 heures, il faisait encore jour, je l'ai bien vu pour une fois, et je l'ai reconnu, alors je lui ai fiché des coups de poing que même il est allé porter plainte chez le Docteur. »

« A partir de ce moment, il a dû me prendre encore avec son appareil, car je me rappelle plus très bien comment les choses se sont passées. »

« Il m'a amené ainsi à Montargis, il m'a fait faire du théâtre. Tenez, il m'a fait joué *Rose-Marie*. Il y avait même mon nom sur les affiches. Puis, un jour il m'a forcé (avec son appareil toujours), à sauter dans le canal, c'était pour « faire son film. »

« Il m'a excité aussi au point de vue sexuel, puis il m'a fait « servir des femmes ». C'est son métier, c'était pour me vider le cerveau, c'était de force. Mais alors j'ai des tas d'enfants dans le pays, et ces gosses, je ne peux pas m'en débarrasser, je ne peux pas les connaître tous. Quand un de mes enfants meurt, je sens un grand coup sur ma tête, pendant tout un jour, ou bien quand je vais dans un cimetière et qu'il y a la tombe d'un de mes enfants, je tombe sur la tombe. »

« Enfin, je me rappelle encore être chez moi en novembre, 2 ou 3 jours avant que mon Docteur m'amène ici, j'ai été entraîné à boire de l'eau-de-vie et il m'a encore mis

« des produits dans ma boisson pour me faire souffrir et me rendre impuissant. »

« Maintenant il ne peut rien me faire, il ne m'a rien fait faire depuis. Cela s'est passé depuis que je suis ici. Mais il est ici aussi, à l'Asile, je l'ai vu. Il travaille aux machines, il y est peut-être par punition (car il était médecin). »

Si l'on essaie d'analyser le contenu du délire on y trouve : d'une part le récit d'événements oniriques et de fabulations sur des rêvasseries, d'autre part des interprétations rétrospectives nombreuses. Il serait facile de relever des traits depuis longtemps décrits : syndrome des « sosies », tendances à des raisonnements assez rapprochés de ceux de la mentalité primitive. Mais c'est la note persécution, mégalomanie, qui soustend cette construction.

Du point de vue évolutif, le délire a d'abord débuté par la relation des épisodes oniriques : coloration onirique de souvenirs plus ou moins réellement vécus, tels que la campagne électorale, puis enrichissement progressif de ces souvenirs. Le délire paraît à peu près fixé depuis deux années, il n'a plus varié depuis un an.

La conviction est entière, mais s'accompagne d'une certaine critique. Désiré sait fort bien que son histoire est peu croyable, et il s'en excuse. Mais l'exposé du délire est accompagné d'une mimique de satisfaction un peu vaniteuse.

Le sujet se présente comme un homme de forte corpulence, à la figure ronde, haute en couleurs, aux larges épaules, l'air placide et calme. Il occupe son temps dans le service à la lecture des journaux, et à des parties de dames disputées avec d'autres pensionnaires, auprès de ces derniers il ne parle pas volontiers de son délire. Jamais

il ne réclame spontanément sa sortie, lorsqu'on l'interroge sur ce point il déclare désirer s'en aller « parce qu'il en a assez d'être ici tout le temps ». Au début du séjour, il échangeait à de très longs intervalles une correspondance avec sa mère, depuis deux ans, il n'écrit plus, prétextant que sa mère aveugle serait incapable de lire ses lettres.

Cependant le niveau mental est correct, les notions géographiques, historiques, satisfaisantes. Le calcul mental est accompli sans difficulté. Les tests habituels, définition, différences, définition d'abstraction, sont d'un adulte normal.

Quant aux symptômes habituels de l'intoxication alcoolique, ils étaient manifestes avant son internement et se sont un peu atténués depuis.

En effet, le malade nous a avoué avoir souffert de crampes dans les mollets, et présente un tremblement net des extrémités lors de l'examen de son médecin. Il souffrait aussi souvent de céphalées intenses « il avait trop de cerveau » nous explique-t-il, et il était en proie à des cauchemars terrifiants la nuit. Un matin, il a présenté des hallucinations zoopsiques (visions de rats grim pant sur les murs et au plafond). Cependant il ne se souvient pas d'avoir eu des pituites, ni des signes de gastrite.

De tous ces symptômes, il ne reste actuellement qu'un tremblement léger des doigts; des crampes? il n'en souffre pour ainsi dire plus, il ressent seulement de temps à autre des courbatures.

Par ailleurs, il a un subictère des conjonctives, avec un foie un peu gros, non douloureux. Les réflexes pupillaires sont normaux, les tendineux, rotuliens et achilléens existent, mais sont faibles.

Comme antécédents personnels, nous savons que le

malade a fait une fièvre typhoïde sans complication lors de son service militaire. Quant aux maladies vénériennes il ne reconnaît pas en avoir eu, d'ailleurs un examen sérologique du sang (B.-W., Hecht, Meinicke, etc...) donne un résultat négatif. Urée sanguine : 0,25.

Parmi les antécédents familiaux, nous notons seulement que sa mère, en 1894, a fait une période de dépression mélancolique avec tentative de suicide qui ont failli l'amener à l'Asile. Quant à son père, mort d'un cancer d'estomac, il était indemne de tare psychique grave.

* * *

CONCLUSION. — Nous avons affaire à un sujet taré, qui se présentait comme un « sot » plutôt que comme un débile, car il n'existe ni déficit, ni retard purement intellectuel.

Durant une trentaine d'années ce sujet s'est adonné à des excès éthyliques importants.

Il a ensuite construit un délire grâce aux éléments oniriques qui lui étaient fournis par ses expériences toxiques, mais qu'il a enrichi par des croyances et hallucinations sans liaison directe avec l'alcool. Ce délire très luxuriant, dont la systématisation est beaucoup plus apparente que réelle, évolue comme un délire hallucinatoire chronique avec tendance à la mégalomanie. Il s'accompagne d'une indifférence qui paraît, dans l'évolution, avoir précédé l'éclosion des troubles délirants.

Dans une nosologie Kraepelinienne, Pl... serait sans doute classé dans le cadre des paraphrénies ; il con-

viendrait d'insister sur la « *démence affective* » du sujet.

Observation N° 9. — Bi... Frédéric.

Bi... Frédéric est né le 21 décembre 1904 à Ob... Mineur. Entré à l'asile le 6 janvier 1937, le diagnostic porté est « déséquilibre, alcoolisme, idées délirantes de persécution ».

Bi..., est né d'une famille de petits propriétaires aisés, il a fait en Allemagne des études qu'il a poursuivies jusqu'à 17 ans. Par la suite, il n'a pas appris de métier défini, et a mené une existence assez normale, travaillant le domaine familial,

A 20 ans, il s'est engagé dans la Légion, au Maroc, où il est resté 7 ans 1/2. Il y contracte une blennorrhagie, nie la syphilis (?), quoiqu'il avoue de petits chancres en 1928. Très bon soldat, bien noté, il n'a cependant jamais eu le désir de monter en grade, n'a jamais suivi de peloton et a fait 7 ans en qualité de 2^e classe. Intelligent, il a appris le français, qu'il parle couramment, et pour des raisons qu'il n'indique pas clairement, s'est fait naturaliser Français.

Après son séjour à la Légion, il rentre en France, il n'a pas eu de nouvelles régulières de sa famille et écrit seulement de loin en loin à une sœur. Il se fixe (?) en Lorraine; après quelques essais dans les champs, il travaille dans les mines à Petite-Rosselle, puis à Moyeuve-Grande, et enfin à Hagondange.

Depuis son retour du Maroc, Bi... semble avoir mené une vie très schizoïde, il n'avait guère de camarades, des « connaissances » seulement. Régulièrement le dimanche, il s'énivrait et buvait ferme le reste du temps.

Il décrit cette période en se plaignant d'avoir été « limité, gêné, mal à l'aise, usé », mais surtout mentalement.

L'instabilité s'aggrave et il passe d'une mine à l'autre, change sans grande raison de résidence. Mais à part l'éthylisme, rien de franchement pathologique ne peut être relevé à cette époque.

C'est en fin 1936, que les troubles mentaux ont débuté de façon indiscutable. A cette époque, se place un épisode d'agitation avec idées délirantes polymorphes et idées de suicide (tentative de suicide par section des veines du poignet). Hallucinations auditives et psychiques, à thèmes sexuels injurieux. Onirisme effrayant. Le malade ne conserve pas un souvenir très exact de cette période, et des variations qu'il en donne, il convient de faire une large part aux interprétations rétrospectives. L'onirisme, les lacunes mnésiques, les idées délirantes, exubérantes, font penser indiscutablement à un épisode confusionnel de l'étiologie duquel l'alcool n'est certes pas absent.

Amené à l'asile à la suite de sa tentative de suicide, il s'est progressivement calmé. Orienté, mnésique (sauf la lacune plus haut signalée), docile, travailleur, il a seulement conservé une activité hallucinatoire intense, et peu à peu il a contracté un délire très compliqué, que nous allons essayer d'exposer : « Depuis plusieurs années, il est en butte à l'hypnose qu'exerce sur lui un certain Sch..., cabaretier au service de l'Allemagne. Au début, c'était de l'hypnose cachée, et il ne s'en est pas rendu compte, mais ainsi, on l'a rendu odieux à ses camarades et à ses patrons, ce qui explique quelques débauchages. En octobre 1936, à Hagondange, commence « l'hypnose ouverte » (c'est-à-dire les hallucinations psychiques) et à cela, est bientôt venu s'ajouter la « télépathie » (hallucinations au-

ditives) ». Bi... exprime cela très clairement et distingue « l'hypnose c'est en dedans de la tête, la télépathie c'est en dehors ». Grâce à ces divers procédés, on est parvenu à l'affoler et à le forcer à attendre à ses jours ; ainsi, il a été placé à l'asile, et le Médecin, influencé lui aussi, a été forcé de le reconnaître pour aliéné. Il n'est pas seul ainsi à l'asile, il y a plusieurs hommes qui sont enfermés à cause de l'hypnose de Sch... Ils n'obtiennent leur liberté que moyennant un dévouement total à Sch..., qui les utilise pour ses sales besognes de sabotage et d'espionnage.

Les phénomènes hallucinatoires les plus variés sont signalés par notre malade : « Commentaire des actes, plus particulièrement des actes à tendance sexuelle. Commentaire de la lecture, souvenirs commentés par des voix avant même d'avoir été évoqués. Hallucinations auditives, injurieuses, reprochant au sujet des habitudes de pédéraste contre lesquelles il proteste véhémentement. Les voix sont nombreuses, de plusieurs « couleurs ». Hallucinations (?) coenesthésiques : son cœur s'est arrêté de battre. Par des effets de magnétisme, on a provoqué des érections.

Depuis quelques temps, une bande rivale de celle de Sch... essaie de le mettre au courant : c'est ainsi qu'il a appris bien des choses et en particulier qu'il sait qu'il possède, dans diverses caisses d'épargne, des dépôts importants. Mais on ne note pas encore d'idées de missions bien précises.

Bi... écrit fréquemment aux autorités, et surtout à la police, pour signaler les agissements de la bande Sch... Récemment, il s'est évadé de l'Asile pour aller directement à la Police dénoncer Sch...

Au point de vue intellectuel, on ne note pas le moindre

déficit, le calcul mental et les autres souvenirs scolaires sont excellemment conservés.

Au point de vue moteur, on ne note aucun trouble, aucun maniérisme. L'examen neurologique ne révèle rien d'important, les pupilles réagissent, peut-être faiblement mais la contraction est indubitable.

Les recherches biologiques donnent une formule très spéciale, le B.-W. est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, mais le benjoin est 000.022.221.000.000.

*
* *

Nous avons vu qu'une analyse suffisamment fine des symptômes et de l'évolution permet de noter chez notre sujet la précession des hallucinations psychiques sur les hallucinations auditives.

Ce fait nous paraît important à relever, on sait, en effet, que dans le schéma jadis classique d'évolution des délires chroniques, les hallucinations auditives précédaient toujours, selon Magnan et ses élèves, et cela de plusieurs années, les hallucinations psychiques. En fait, lorsqu'on étudie l'évolution des hallucinations des délires chroniques, il semble que tantôt les hallucinations psychiques, tantôt les hallucinations auditives sont les premières en date. A cette différence d'évolution correspond généralement une différence de structure, les malades qui présentent au début des hallucinations strictement auditives se rapprochent davantage des délirants chroniques de Magnan. Ils présentent un délire plus systématisé, d'une manière générale il s'agit de malades groupés

par Claude et Ey sous la rubrique : structure paranoïaque.

Les autres, au contraire, chez lesquels les hallucinations psychiques ou psycho-motrices dominent la scène, sont des malades d'une structure toute différente à rapprocher des délires de persécution psycho-moteurs de Seglas, ou encore des délires de structure paranoïde de Claude et Ey.

Ces derniers malades semblent évoluer bien souvent sur un terrain mental particulier, assez voisin de la psychasthénie. Bi. semble avoir présenté une constitution de ce genre, il a été longtemps scrupuleux, et un jour nous a dit que c'est par crainte de ne pouvoir remplir les fonctions de gradé qu'il n'avait pas postulé de grade à la Légion. Cependant on ne trouve chez lui aucun antécédent net permettant d'affirmer une psychose constitutionnelle.

Observation N° 10. — Pe... Jacques.

Pe... Jacques, né le 5 décembre 1894, est entré dans le Service le 6 juin 1937, sur ordre d'office. Il était sous le coup d'une inculpation pour violences à l'égard de sa femme et sa fille.

Dans le rapport concluant à son irresponsabilité les faits sont ainsi relatés : « A diverses reprises, il a roué de coups son épouse, la jetant à terre, la saisissant par les cheveux, etc..., il l'enferme fréquemment dans une chambre dont il ferme la porte avec une corde, les sévices étant motivés par une jalousie exagérée, accusant sa femme de

le tromper, l'interpellant constamment du nom de putain. Sa fille était traitée de la même manière. »

L'internement fut facile : Pe... a son frère à l'Asile, dément précoce. Lors d'une visite qu'il rendait à ce dernier, il fut retenu simplement. Il n'opposa aucune résistance, et, résigné, attendit.

Il n'a pas changé d'attitude depuis son internement et sa présentation mérite un examen sérieux ; nous rechercherons dans l'anamnèse et les antécédents, les éléments qui nous paraissent de quelque importance.

Calme, docile, d'apparence indifférente, il ne parle pas à ses camarades, refuse de travailler, ne lit pas le journal ; il a laissé croître une barbe en collier, abondante et d'un beau noir ; ses journées se passent à fumer une courte pipe. Son visage est assez animé, presque toujours souriant, mais le regard est vif et ironique. Jamais il n'adresse spontanément la parole au médecin, jamais il n'a réclamé sa sortie. Mais en février 1938, profitant d'un moment de confusion, il a sauté la barrière de la cour, et son évasion l'a amené jusqu'à son village.

Une autre réaction est à noter, en novembre 1937, dans un escalier, il rencontre une fille de salle et se déculotte devant elle. Lorsqu'on l'interpelle, les réponses sont toujours celles des réticents : « Et alors ? ». C'est à vous à me dire ce qu'il y a de nouveau. »

Si on l'interroge, il vient volontiers dans la chambre d'examen, mais on obtient bien peu de renseignements ; à la plupart des questions, toujours souriant, il rétorque : « Cela ne joue aucun rôle » — « tout cela est écrit, vous n'avez qu'à consulter mon dossier ». Cette attitude est à peu près généralisée à tous les domaines ; c'est tout juste si on parvient, au bout d'un long temps, et après bien des

efforts pour capter sa confiance, à obtenir l'âge, le nombre de frères et sœurs, le nom et l'adresse de la femme, etc... Mais, dès qu'on en vient aux faits qui lui sont reprochés ou à la jalousie : « ce sont des affaires de famille, cela ne regarde personne », ou encore « tout cela n'est pas prouvé ». Si l'on rappelle sa récente exhibition : « Je voudrais bien qu'on me prouve le préjudice que j'ai causé à cette fille » ; évoque-t-on les brutalités envers sa femme : « se plaint-elle ?, ne veut-elle plus me voir ? ».

En somme, la réticence est l'élément essentiel du tableau. Nous ne croyons pas Pe... halluciné, mais il est peut-être délirant, et les idées de jalousies sont sans doute toujours actives.

Il n'existe pas de signes nets d'affaiblissement intellectuel, les souvenirs scolaires sont normaux, le calcul mental est rapide, quelques tests sont réussis, d'autres refusés, mais il semble qu'ils pourraient facilement être accomplis, ses réponses sont raisonnables, prouvent une certaine réflexion.

Il est difficile de taxer l'affectivité d'un pareil sujet. Depuis l'entrée il reçoit fréquemment la visite de sa famille ; en quelques mots brefs, dès le début de l'entretien, il demande si on vient le faire sortir, puis sur une réponse négative, il se retranche dans son attitude ironique et réticente ; il n'a jamais écrit de lettres à sa femme, ni à sa fille, qui sont placées dans une grande ville mais il a des nouvelles par l'intermédiaire de ses visiteurs, et laisse à ces derniers le soin d'informer son épouse de sa santé.

De temps en temps il lit les journaux, assez pour rester au courant des grands événements politiques ; il ne suit pas le feuilleton.

Au point de vue physique, P..., ne présente pas de signes importants : hernie ombilicale, séquelles très atténuées, sciatique droite, bronchite chronique banale, légère hypertension.

Dans les antécédents personnels, on ne relève aucune maladie grave. Par contre, un frère est à l'Asile depuis 1930, présentant un tableau typique de démence précoce ; 12 frères et sœurs, dont 6 sont actuellement vivants.

Recherchons dans la biographie les éléments qui, peut-être, éclaireront le tableau clinique décrit : l'enfance a été celle des petits campagnards lorrains, scolarité normale, a toujours été considéré par son maître, comme un sujet intelligent. Sans apprentissage, il a été placé, d'abord chez un arpenteur, puis à la mine ; pendant quelques temps il conduit un petit chemin de fer privé, dans une usine. Service militaire à la guerre ; il n'a conquis aucun grade, n'a jamais été puni. En 1919, il s'est marié, a une fille actuellement âgée de 17 ans. Les temps derniers, il avait pris, à la maison, une pupille de l'Assistance publique.

Il avait la réputation d'être un homme calme, réfléchi, et peu renfermé. Depuis plusieurs années, il buvait de plus en plus ; assez rarement ivre ; il buvait au moins deux litres de vin par jour et pas mal de schnapps. Il semble bien qu'il ait ressenti depuis des rêves effrayants des crampes dans les mollets, mais on ne peut affirmer les pituites. Lors de l'arrivée à l'asile, on a noté un tremblement aujourd'hui disparu. Enfin, on ne peut s'empêcher de mettre sur le compte de l'alcool les idées de jalousie signalées au long de l'observation.

Avant de quitter le malade, nous voudrions donner quelques-unes de ses réponses :

« — Quel est votre métier ? — Je suis fou.

« — Vous travaillez ici ? — Ici je suis assis.

« — Etes-vous triste ? — Qu'est-ce que c'est être triste ?

« — Pourquoi êtes-vous ici ? — J'avais pensé que c'était à vous que je pourrais le demander.

« — Vous entendiez-vous bien avec votre femme ? — Laissez-moi rentrer à la maison et vous viendrez voir.

« — Vous buviez beaucoup ? — Je n'ai nui à personne.

*
* *

Nous avons affaire chez un tel sujet, indubitablement éthylique, à un délire avec un thème de jalousie important. Le délire n'est jamais apparent, mais il existe une réticence d'un caractère très particulier, réticence systématique qui donne aux réponses du sujet un caractère de réponses des D. P.

Une étude approfondie du symptôme réticence permettrait sans doute d'isoler des formes très précises et très particulières de cette attitude, parmi lesquelles, au premier rang, on devrait ranger certains malades dont le négativisme aboutit à la réticence. Il est probable que Pe. devrait être placé côte à côte avec de tels sujets. C'est pourquoi nous l'avons choisi pour servir en quelque sorte de transition entre nos malades délirants, mais sans symptômes schizophréniques, et d'autres que, sans enquête anamnétique, le médecin placerait sans hésiter parmi les déments précoces.

CHAPITRE V

ÉTHYLIQUES CHRONIQUES PRÉSENTANT UN TABLEAU TRÈS VOISIN DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Voici un siècle Marcé décrivait des sujets, vieux déments d'asile, en signalant parmi leurs antécédents l'alcoolisme. Le tableau qu'il en traçait se rapprochait en grande partie du tableau que, plusieurs lustres après on tracera des déments paranoïdes.

Pour qui s'est un peu imprégné des théories kraepelinienes et bleuleriennes, un délire hallucinatoire et une indifférence affective font aussitôt songer à un processus schizophrénique.

Nous allons rapporter un certain nombre d'observations qui viennent corroborer cette attitude. Les deux premières se rapportent à des malades qu'il est impossible de ne pas considérer comme déments précoces, même dans le sens le plus strict que la nosographie française donne de ce terme. Les suivantes sont des sujets dont le délire est un peu plus élaboré, qui pourraient à la rigueur entrer dans un cadre extensif comme celui de la psychose hallucinatoire chronique.

Mais le fait de cette assimilation ne permet pas d'éliminer en soi le processus de désintégration. On sait que beaucoup de psychoses hallucinatoires chroniques ne sont autre chose que des démences paranoïdes.

L'un des créateurs de la psychose hallucinatoire chronique, dans un article paru dans l'*Encéphale* en 1912, disait expressément que l'on pouvait grouper sous l'étiquette nouvelle des malades divers, parmi lesquels d'authentiques déments paranoïdes.

Observation N° 11. — P... Jules.

Né le 22 août 1900, est entré à l'Asile, le 29 septembre 1936.

Le certificat d'internement était ainsi conçu : « Etat confusionnel atypique, dépression, tristesse, lassitude, désorientation, dysmnésie, agitation par intervalles. Aurait brisé du mobilier chez sa mère. Appoint éthylique ancien. Excès avoués ».

Nous croyons pouvoir mieux schématiser notre cas, sans cependant le trahir, en présentant d'abord l'état actuel du sujet, puis les données évolutives qui éclairent d'un jour spécial le tableau clinique.

Actuellement P... se présente exactement comme un dément précoce. C'est un homme de petite taille, assez dismorphique, le faciès écrasé et triangulaire à la fois. D'autres signes dégénératifs peuvent encore être relevés.

La motricité est libre, il n'y a pas de maniérisme très net, mais la voix est cassée, à tendance infantile, peut-être pourrait-on ranger cette modification dans les parafonctions.

Dans le Service, il est placé dans le quartier des gâteaux, non qu'il soit lui-même malpropre, mais parce qu'il rend quelques services pour apporter les repas ou aider à nourrir les autres malades. Son comportement est très autiste. Il ne s'est nullement intégré au groupe de malades non déments de ce quartier, qui forment une bande de compères riant et chantant ensembles. Jamais il ne réclame sa sortie, jamais il n'adresse spontanément la parole à quiconque. Il n'a jamais écrit à sa famille.

Si on l'interroge, il répond correctement, mais ses phrases sont courtes, il ne donne aucun détail ; on a affaire à un interlocuteur lointain, qu'aucune question ne parvient à intéresser ; ses réponses s'accompagnent d'un rire non adapté, sorte de refuge dans la plaisanterie.

Il est à peu près orienté dans le temps et l'espace, mais il ne donne aucun renseignement sur l'ambiance, ignore le nom du médecin et des infirmiers.

Le niveau mental est bon, certaines réponses montrent une intelligence normale. Par contre, un examen pratiqué à quelques jours d'intervalle donne des résultats discordants.

Mais, à côté de cette présentation, existe toute une série de phénomènes hallucinatoires et délirants, variables, présentés tantôt d'une manière, tantôt d'une autre : des femmes lui parlent constamment ; il y en a plusieurs placées dans les combles des divers pavillons de l'Asile. Dans l'un, il s'agit de la fille d'un infirmier, qui multiplie, avec son père, les allusions obscènes, au cours de scènes d'amour incestueux. Il y a des lieux où l'on entend mieux, aux W. C. ou encore à la lingerie du pavillon. Ces voix racontent toutes sortes de choses : en général, il s'agit de saletés, par exemple, elles reprochent au sujet sa masturbation,

ou discutent de sujets érotiques ; mais aussi, elles parlent de tous ses actes, qu'elles commentent aigrement. Malgré cela, ces hallucinations ne l'émeuvent guère, d'autant plus qu'on y parle encore d'autres sujets politiques, qui lui sont parfaitement étrangers.

Le sujet signale encore des hallucinations visuelles, des images plates en couleur, blanc, gris, immobiles ou qui défilent ; ce sont des scènes de tous ordres, courage, guerre, soldats, et aussi des spectacles érotiques. Pour être complet, signalons les hallucinations olfactives : odeur de cadavre, de gaz, et que nous avons affaire à un individu parfois impulsif, qui, à deux reprises, a tenté de frapper sans le moindre motif un infirmier.

Somme toute, notre description correspond à celle d'un dément précoce très typique.

Mais, pour concevoir l'originalité du cas il faut insister sur les caractéristiques du début de l'évolution.

Nous passerons rapidement sur les antécédents familiaux qui ne nous apprennent que peu de choses, polynatalité, lourde mortalité infantile dans la famille, pour insister sur les antécédents personnels : après une enfance normale, le sujet fit son Service dans la Marine, sans spécialité. Revenu en France, il travaille dans la grosse industrie, et, vite, contracte des habitudes de boisson, qui n'ont fait que s'aggraver. Il avoue 30 à 40 demis de bière par dimanche, 3 à 4 litres de vin par jour.

Au début, il a eu des amis, mais peu à peu il s'est isolé davantage, ne connaissant plus personne.

Il est entré dans la psychose par un épisode confusionnel typique avec onirisme laissant une lacune mnésique. Le début de la confusion s'est accompagné d'excès d'excitation psychomotrice, au cours duquel il a brisé une partie de

son mobilier. Puis, s'étend la période onirique. De cette période, le malade conserve le souvenir des scènes effrayantes qu'il a vécu, et qui se sont peu à peu transformées en simples hallucinations visuelles qu'il finit maintenant par qualifier du nom d'images.

Au point de vue physique, en dehors des éléments dégénératifs nombreux, rien à signaler de saillant.

Observation N° 12. — Ya... Jules.

Ya... est un sujet de 40 ans, entré à l'asile il y a une douzaine d'années. Le certificat d'entrée signale l'alcoolisme chronique, et corrobore ce diagnostic par une série de signes physiques indubitables.

L'observation assez restreinte qui a été prise sur le sujet à cette époque, ne permet pas de préciser exactement les antécédents et le *curriculum vitæ*. L'importance actuelle du délire empêche d'obtenir du malade lui-même des renseignements valables sur ces matières.

On sait seulement que Ya... travaillait dans la grosse industrie lorraine à des besognes non spécialisées. Il semble avoir été le cadet d'une nombreuse famille où les habitudes d'alcoolisme étaient déjà très fortement appliquées. Ya... commença à boire de très bonne heure, et fut à plusieurs reprises condamné pour ivresse publique.

Il séjourna à trois reprises à l'hôpital de Metz, vraisemblablement pour des accès subaigus. Son internement fut motivé par un accès d'agitation avec onirisme et réactions clastiques.

L'insuffisance de notes précises sur le sujet ne permet pas d'établir la succession exacte des faits qui ont amené

ce parfait éthylique à être, à l'heure actuelle, un non moins parfait schizophrène.

Nous nous contenterons de signaler que le malade, qui n'a pas quitté l'asile depuis 1927 se présente actuellement comme un dément précoce typique.

Ya... est un sujet de petite taille, à l'habitus particulier, très brun, les pommettes saillantes, il porte une barbe noire et rare qui lui donne l'aspect d'un mandarin chinois. Sa mise est parfaitement négligée, par instant même absolument malpropre.

Le malade ne s'intéresse à rien, il est habituellement calme, mais parfois impulsif. Il reste des heures entières assis dans une position inconfortable, comme enroulé sur lui-même, et il grimace sans raison.

Interrogé, il rit d'un rire métallique, et répond en se référant à un ensemble délirant extraordinaire qu'il est impossible de systématiser.

Durant ces deux dernières années, on a noté deux périodes de refus d'aliments qui ont duré quelques semaines. Les hallucinations ou tout au moins les expériences à rapprocher de ces phénomènes sont absolument monnaie courante chez le sujet qui nous occupe, il existe toutes sortes de symptômes d'automatisme mental.

Observation N° 13. — S... Charles.

46 ans, a été interné le 25 novembre 1934, pour un délire de jalousie.

S... a mené une vie régulière, employé aux chemins de fer.

Marié, il a eu trois enfants. Depuis la guerre, S... boit beaucoup ; il s'enivre deux ou trois fois chaque mois.

En 1924, il a fait un *delirium tremens*. {Plus tard, S... devient jaloux, et c'est à la suite de violences contre sa femme qu'il est interné en 1934.

Sur ce sujet, S... est très réticent, de sorte qu'il est impossible de connaître les détails de ce délire.

Depuis 4 ans, S... est à l'asile, où il refuse de s'occuper ; il reste seul, ne lit pas, ou peu. Son affectivité est très diminuée. Il a des grimaceries, de petits rires de dément précoce.

Son fond mental est excellent ; l'examen organique ne révèle rien de particulier.

Jusqu'en juillet 1938, il ne nous avait jamais été possible de déceler un délire quelconque chez S... Seules son indifférence complète et souriante, ses grimaceries, son absence totale d'intérêt à l'égard de sa famille, nous avaient donné l'éveil, et nous n'étions pas loin de considérer ce sujet comme un cas assez typique de démence affective avec quelques éléments de para-fonctions.

Il fut présenté comme tel devant quelques collègues psychiatres, et pour la première fois, à des questions banales sur sa santé, il répondit par une dissertation sur le blanc, le bleu, le rouge et le jaune, où chacune de ces couleurs prenaient une valeur symbolique essentielle. Par la suite, nous eûmes toutes les peines du monde à obtenir de lui de nouvelles précisions.

Un jour cependant, il proclama : « Je suis le sang de Jésus et du Saint-Esprit. Dieu et moi sommes une âme. Dieu est aux cieux, et moi je suis Roi du monde. La fin du monde surviendra lorsque je mourrai. »

Interrogé sur l'origine de ses croyances, S... répondit qu'il avait appris cela par le langage des gestes et des explications qu'il donna, nous pensons pouvoir déduire

tout un système symbolique que la réticence du sujet ne permet pas de pénétrer.

Il est permis de soupçonner encore des hallucinations visuelles, ou des expériences oniriques. S..., en effet, avoua un jour voir : Les « Rois Saints, le Tribunal de Dieu et les Anges ». Le sujet nie énergiquement toute hallucination auditive. L'essentiel du processus intellectuel paraît être une confabulation sur le mot.

L'indifférence, avec nuance euphorique, les grimaces, le discours imprécis, dissocié, le délire hallucinatoire de grandeur, la réticence quant au thème de jalousie, donnent souvent l'impression d'une démente paranoïde.

S... a pourtant 46 ans, et cette psychose paraît ne pas être antérieure à l'internement. Elle n'a été décelée qu'en juillet 1938.

L'absence d'éléments organiques élimine l'hypothèse d'une pseudo-P. G. alcoolique.

S... nous paraît bien plutôt présenter une psychose alcoolique de forme schizophrénique.

Ajoutons qu'il a un oncle et un frère internés.

Observation N° 14. — Du... Emile.

Né le 14 septembre 1890. Restaurateur depuis 1917, premier internement 30 juillet 1936, deuxième internement 2 février 1937, après sortie le 13 novembre 1936.

Alcoolisme chronique ancien. Episode subaigu avec état du type de l'hallucinose de Wernicke. Puis, délire d'influence persistant, surtout hallucinatoire, quelques idées délirantes non systématisées, de caractère paranoïdien. Euphorie, satisfaction, pas d'affectivité réelle, pas de démente.

Du... est âgé de 48 ans, il boit beaucoup dans l'Auberge qu'il tient, depuis quelque temps, son caractère s'est aigri. Il s'irrite de ce que sa femme et ses enfants ne lui obéissent pas. Il a des idées de jalousie, il est agité et violent avec les siens. Il entend jour et nuit des voix qui parlent de lui, son sommeil est troublé par des cauchemars, il voit des rats, des serpents. Il présente les signes physiques habituels de l'éthylisme (pituites, crampes, tremblements, etc...).

Son état ne s'améliore guère durant son 1^{er} séjour à l'Asile, néanmoins, sur les instances de sa femme, on le laisse quitter l'établissement au bout de 4 mois 1/2. On le ramène 3 mois après. Sa capture fut aussi difficile que la première fois, il se défendit même avec un couteau. Durant ces trois mois il a continué à boire beaucoup et à terrifier sa famille par ses violences.

Il n'a pas quitté l'Asile depuis son second internement, il s'est calmé assez vite, et il est devenu de plus en plus indifférent et euphorique, malgré les hallucinations et un état délirant profond.

Les gens de son pays ou les médecins auxquels il pense, lui parlent par téléphone ou par radio, il connaît leurs pensées, ils l'interrogent et connaissent sa pensée, bien qu'il ne réponde pas. On regarde sa pensée, il s'entend penser, il est renseigné sur tout ce qui se passe chez lui. Beaucoup de gens parlent et commentent les actions qui se déroulent sous ses yeux dans le Service. On dit aussi des choses dégoûtantes, qu'il ne veut pas répéter. Il ressent des secousses électriques, mais il ne se sent pas persécuté, et il raconte son délire avec le sourire et une certaine indifférence.

Il y a quelques hallucinations olfactives, il nie les hal-

lucinations génitales. Toutes les nuits, il voit des scènes animées, colorées ou non, très variées, comme du cinéma, « c'est très intéressant » dit-il, c'est par télévision qu'on me fait voir ces choses, depuis un ou deux ans ». Il voit son bistrot, les gens entrer ou sortir, converser ensemble et avec lui-même, sa famille. Il voit ces scènes parfois le jour aussi. Il est mort deux fois, il a été décapité, mais est ressuscité, il n'a plus besoin de travailler, il est ici comme au ciel, il a chaque nuit sa femme dans son lit. Il ne semble plus avoir aucune idée de jalousie, ou au moins il le dissimule entièrement. Il croit qu'il a eu tort d'être jaloux, il a, en tout cas, tout pardonné.

Il est généralement souriant en racontant ces phénomènes, et souvent y voit un signe de supériorité.

Il est indifférent vis-à-vis de sa famille, et ne demande pas à quitter l'asile, sinon d'une manière toute verbale et conventionnelle lorsqu'on lui en parle. Il est calme, oisif, inerte.

Le niveau mental est moyen, et l'on ne peut mettre en évidence aucun déficit intellectuel. Il est difficile de connaître son état mental antérieur et ses antécédents personnels et héréditaires ; dans son récit, il donne à son passé, à celui de son père, les mêmes caractéristiques que présente son état actuel.

En 1912, il aurait été frappé d'un coup de poignard dans le dos, dans une brasserie, étant ivre probablement. Pendant la guerre, il aurait été blessé par son frère ; avec qui « il jouait », d'un coup de couteau au voisinage du péroné gauche, on voit la trace de la blessure. Il a eu une paralysie du sciatique poplitée externe. Il n'a fait qu'un assez court séjour aux armées, et a été réformé pour cette raison probablement. Vers la même époque, il aurait essayé de se

suicider en se tirant dans le dos, il s'est blessé au bras et aurait été 3 jours confus, la trace de la blessure est visible, Peut-être peut-on voir, dans ce dernier épisode en particulier, une nuance schizophrénique que l'état actuel permet d'admettre.

Il s'est marié en 1917, et a pris le restaurant qu'il n'a quitté que pour venir à l'Asile. Il a été condamné une fois, par le fisc., il y a trois ans, pour une fausse déclaration d'impôts. Il a quatre enfants bien portants.

*
* *

En résumé, nous voyons se développer, chez un alcoolique chronique, de constitution peut-être schizoïde (?), d'abord un état du type de l'hallucinose de Wernicke, avec cauchemars, jalousie, persécution, violences envers les siens et bouffées oniriques. Puis, lorsque l'intoxication alcoolique est supprimée, apparaît un délire d'influence fondé sur de multiples hallucinations psychiques et auditives, accompagnées d'hallucinations visuelles de type onirique souvent, et de coloration alcoolique. L'humeur est euphorique, les idées de persécution et de jalousie ont disparu. Il y a dans l'attitude du malade une nuance de satisfaction et d'indifférence persistantes.

Il s'agit, pensons-nous, d'un délire paranoïde avec indifférence affective, sans démence.

DISCUSSION

Notre but a été de rapporter un certain nombre d'observations, afin de mettre en évidence l'existence assez fréquente de certains symptômes psychiques, présentés par des sujets ayant subi une intoxication notable et de longue durée par l'alcool.

Nous résumerons en quelques lignes les seuls résultats solides de notre enquête, et ces résultats seront les véritables conclusions de ce travail. Mais, chaque fois que des problèmes de médecine mentale sont envisagés, même du point de vue clinique le plus étroit, on ne peut s'empêcher de voir les rapports plus ou moins lointains qu'ils peuvent présenter avec des questions de tous ordres, sur un autre plan.

Nous avons l'intention, dans ce chapitre, de poser un certain nombre d'hypothèses qui nous sont venues à l'esprit au cours des examens qui sont à la base de ce travail. Ces hypothèses sont tout au plus des hypothèses de travail, ou des remarques dont nous ne voudrions surtout pas exagérer la portée :

D'un point de vue étiologique étroit, la plupart de nos malades ont été examinés dans des régions où les excès éthyliques sont essentiellement réalisés

à l'aide de bière. Il convient cependant de noter que quelques uns d'entre eux faisaient usage de vin, et il ne nous semble pas qu'on puisse envisager le tableau clinique que nous avons décrit sous l'angle d'une spécificité étroite due à la bière.

D'un point de vue étiologique plus général, pas mal d'anciens auteurs avaient réuni, sous le nom d'hallucinoïse, des états somme toute assez voisins de ceux que nous avons étudiés chez des malades présentant à la fois une démence affective et quelques éléments hallucinatoires. Ce n'est sans doute pas une rencontre purement de hasard qui a voulu que l'hallucinoïse de Wernicke et l'hallucinoïse syphilitique de Plaut soient rangées sous une rubrique identique. D'ailleurs, les travaux récents d'Heuyer et Lacan imposent, dans une certaine mesure, le rapprochement des formes verbo-auditives de l'alcoolisme avec les formes hallucinatoires de la syphilis cérébrale admises par la plupart des auteurs allemands.

Nous avons, tout au début de ce travail, indiqué qu'une des préoccupations, en présence des tableaux démentiels réalisés par l'alcool, nous apparaissait l'intérêt de préciser le tableau clinique exact de la démence toxique. Il semble que le rapprochement auquel nous venons de nous livrer doive nous éloigner de considérer la démence affective comme d'origine exclusivement toxique. Il est bien évident que ces arguments sont de bien faible valeur en regard de ceux qu'il serait nécessaire de réunir pour affirmer ou infirmer une telle opinion.

En somme, dans le déterminisme des symptômes que nous avons décrits, l'agent étiologique alcool ne nous paraît pas jouer un rôle d'une importance capitale. Si nous recherchons les autres facteurs du terrain des sujets que nous étudions, nous envisagerons tout d'abord l'hérédité, en général assez chargée, de nos malades. Tous ou presque tous, quand ils ne possèdent pas des antécédents d'alcoolisme familial précis, avouent cependant un certain nervosisme, ou des tares qui entrent dans la notion générale du déséquilibre.

Tant que les problèmes si complexes de l'hérédité n'ont pas fait de progrès plus importants que ceux que l'on a pu enregistrer jusqu'ici, il ne semble pas qu'on puisse tirer des conséquences utiles de la constatation de troubles mentaux chez les ascendants de nos malades, et la question, plus importante à notre avis, semble devoir être d'envisager les rapports de la constitution du sujet avant et pendant sa maladie.

Nous avons déjà, en cours de route, noté l'absence de la constitution paranoïaque, au sens que les auteurs français donnent à ce terme, chez la plupart de nos malades. En particulier, il ne semble pas que, pour les sujets délirants que nous avons étudiés, on puisse admettre la pathogénie de Delmas ou d'Anglade : interprétation par un paranoïaque des troubles présentés au cours d'intoxication aiguë. Cependant, plusieurs de nos malades, au contraire, ont fait prononcer, à leur sujet, l'expression de paranoïa sen-

sitive. Mais nous croyons qu'on ne peut, en général, pas assimiler le concept Krestchmerien de paranoïa sensitive, — concept de maladie mentale survenant sur un terrain particulier, à la faveur d'événements spéciaux et selon une évolution précise, — à la constatation d'une constitution paranoïaque au sens français (Montassut et Genil Perrin). Ces deux notions nous apparaissent comme sur des plans différents, malgré une communauté d'appellation. La paranoïa sensitive paraît évoluer sur un terrain de schizoïdie, or la schizoïdie paraît être la note dominante des malades que nous avons étudiés.

Nous avons constaté deux types de réactions opposées : chez Be..., Ch... (obs. 5 et 6), la schizoïdie a évolué parallèlement aux excès éthyliques, et plus le malade s'enfonçait dans son indifférence, plus les excès étaient importants. Chez H... (obs. 3), au contraire, le comportement schizoïde semble avoir entravé, dans une certaine mesure, les excès éthyliques, surtout sociaux, présentés par le sujet.

Certaines remarques d'ordre clinique nous paraissent intéressantes à relever, sans cependant que nous puissions leur donner une valeur assez grande, du fait du petit nombre de cas sur lesquels elles portent. L'évolution des malades que nous avons étudiés paraît intéressante à envisager, la plupart ont présenté des excès éthyliques massifs, et ne sont arrivés à l'état d'indifférence qui nous a frappé que plusieurs années après le début des accidents. En moyenne, il s'agit de sujets âgés, qui ne deviennent des malades

d'asile qu'à environ la quarantaine, et souvent plus tard. Cependant, certains sujets plus jeunes semblent former une transition avec une catégorie bien connue : les schizophrènes arrosés, qui entrent dans la D. P. vers la vingt-cinquième année, après une période d'un an ou deux d'excès éthyliques massifs. Ces sujets-là présentent, en général, un tableau schizophrénique beaucoup plus franc et indiscutable. Il convient de remarquer que les individus que nous avons étudiés se sont adonnés à la boisson d'assez bonne heure, et l'on doit éliminer l'hypothèse selon laquelle seul l'âge auquel le sujet serait l'objet d'une agression par un processus externe, déterminerait le tableau clinique.

Les préoccupations nosologiques ne paraissent pas devoir jouer un très grand rôle dans la pensée psychiatrique contemporaine, cependant il peut paraître utile de tenter de classer les sujets que nous avons vus dans des cadres qui ont la prétention d'englober la totalité des réactions psychopathiques humaines. Hâtons-nous de dire que seul le qualificatif, très extensif, de dégénérés peut, sans risque de discussion, s'appliquer à nos malades. Dans la classification Kraepelinienne, nous aurions beaucoup de mal à les ranger, le facteur exogène indéniable ne nous paraît cependant pas seul déterminant.

D'autre part, nos sujets sont loin de présenter un tableau clinique précis de D. P. Cependant, c'est indiscutablement vers cette dernière étiquette que nous pencherions s'il convenait de placer nos malades dans

ce cadre. Evidemment nos sujets entreraient dans des formes variables, tantôt paranoïdes, tantôt catatoniques, mais l'existence du déficit affectif seul, qui fait plutôt songer à l'hébéphrénie, ne paraît cependant pas suffire pour intégrer les autres dans cette forme clinique, étant donné le caractère tardif de l'apparition des troubles.

Le cadre élargi de la schizophrénie Bleulérienne conviendrait davantage à notre tentative, mais on sait combien son extension a été critiquée.

Avant d'abandonner le plan nosologique, nous nous devons de signaler les très nombreuses analogies que présentent nos malades avec toute une série de descriptions des auteurs français en particulier, le *délire de rêve à rêve* de Klippel et Trenaunay, ou d'autres tentatives du même ordre. Nous avons seulement tenté de trouver dans l'état intercalaire de ces sujets un élément démentiel qui, jusqu'ici, n'avait pas été mis nettement en évidence.

Une des préoccupations de nombre de neuro-psychiatres, est la tendance localisatrice. Notre travail n'apporte aucun argument anatomo-pathologique. Une hypothèse sans grand fondement pourrait cependant être proposée : l'anatomie pathologique des délires alcooliques aigus s'est enrichie, ces dernières années, de toute une série de constatations des lésions de la région hypothalamique.

A la suite de travaux japonais, Guiraud a publié récemment des constatations nécropsiques avec lésions prépondérantes dans la région infundibulaire,

et dans les tubercules mammillaires. Etant donné le rôle métabolique général habituellement attribué à ces régions, une généralisation hardie pourrait peut être prétendre voir dans leurs lésions l'origine de ce trouble biologique basal que paraît être l'indifférence, mais encore une fois il s'agit là d'hypothèse quelque peu « délirante » sans doute...

CONCLUSIONS

A côté de la démence éthique habituellement décrite, il existe des alcooliques chroniques, dont :

1. — Le déficit purement affectif est indépendant de toute atteinte des fonctions éthiques et intellectuelles.

2. — Parmi eux, certains réalisent un tableau de démence paranoïde.

3. — Souvent, chez ces sujets, on voit évoluer parallèlement les excès éthyliques et le processus de la schizophrénie.

4. — Après effacement des symptômes éthyliques subaigus, la démence affective persiste.

5. — Le thème de jalousie et les hallucinations visuelles persistent parfois, mais perdent leur caractère et leur note anxieuse.

6. — Chez ces malades, l'instabilité domine, on en rencontre un grand nombre qui sont héréditaires.

7. — Aucun de nos malades n'a une constitution paranoïaque qui permette d'admettre la pathogénie classique : interprétation délirante par un constitutionnel des éléments fournis par les états subaigus d'alcoolisme.

Vu : le Président de la thèse,
M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonhœffer*, 1897. — Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Alkoholdelirien (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, t. I, p. 229).
- Capgras* et *Morel*, 1914-1919. — Alcoolisme chronique et démence précoce (*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, p. 128).
- Cololian* (*Dr*). — a) Les hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme (*Archives de Neurologie*, n° de novembre, 1899).
- b) Les Alcooliques persécutés (Thèse de Paris, 1898, in *Ann. Méd. Psych.*, 1898, t. I, p. 328).
- Dagonet*. — a) *Traité des Maladies mentales*, 1894, Baillière et Fils, édit. p. 561.
- b) Du rêve et du délire alcoolique (*Ann. Méd. Psych.*, 1889, t. II, p. 193 et 337).
- c) De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale (*Ann. Méd. Psych.*, 1873, t. I, p. 187-369).
- Dublineau* et *Duchêne*, 1939. — a) Valeur pathogénique des troubles du caractère observés chez les buveurs.
- b) Sur les facteurs de curabilité dans certains troubles mentaux des buveurs.
- c) Sur certaines associations morbides observées dans le passé des buveurs internés (*Ann. Méd. Psych.*, 1939, t. II, n° 1).

- Esquirol*, 1838. — De la lypémanie ou mélancolie, t. I, p. 197.
- De la folie, t. I, p. 24-25.
- De la démence, t. II, p. 44 (Manuel : Maladies mentales, 1838. Bruxelles).
- Graeter (Karl)*, 1909. — Dementia praecox mit Alcholumus chroniscus (Biblio : Verlag van I. Ambrosius Barth. Leipzig, 1909).
- Laffite*. 1867. — Démence alcoolique. Rapport sur l'état mental de Pierre M. (Ann. Méd. Psych., 1867, t. I, p. 416).
- Legrain*. — Héritéité et alcoolisme.
- Etude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes (Ann. Méd. Psych., 1890, t. II, p. 321) (Ouvrage couronné par la Soc. Médico-Psych., 1 vol. in-8° avec préface du Dr Magnan. O. Doin, édit. Paris, 1888).
- Legras et Clérambault (de)*, 1911. — Notes sur les alcooliques chroniques à internements multiples (Bulletin de la Soc. Clin. de Médecine mentale, 1911, p. 343).
- Magnus-Hess*, 1853. — De l'alcoolisme chronique (Ann. Méd. Psych., 1853, p. 60).
- Privat de Fortunié*, 1922. — Alcoolisme et démence précoce (Bulletin de la Soc. Clin. de Médec. Mentale, 1922, p. 137).
- Regis*. — Précis de Psychiatrie (Manuel, 1906. O. Doin, édit., p. 461).
- J. Rogues de Fursac*. — Manuel de Psychiatrie, 1903 (F. Alcan, édit.), p. 131.
- Schneider*, 1922. — Alcoolisme et schizophrénie (Trav. de la Clin. Psychiatrique de Strasbourg), 1922, p. 39, t. I.

- Schüle.* — *Maladies mentales*, 1888 (Le Crosnier et Balié, édit., p. 383).
- Thèse Stoerr.* — *La démence éthique de l'alcoolisme chronique*. Montpellier, 1934.
- Soukhanof*, 1913. — *Démence précoce et alcoolisme* (Ann. Méd. Psych., 1913, t. I, p. 277).
- Targowla et Lamache*, 1926. — *Hallucinoze (syndr. d'autisme mental) Syphilis héréditaire et alcoolisme* (Société de Psych., séance du 18 oct. 1926 in *Encéphale*, 1926, p. 714).
- Vallon*, 1895. — *Hallucinations psychomotrices dans l'alcoolisme* (Ann. Méd. Psych., 1895, t. I, p. 91).
- Vigouroux et Pruvost*, 1913. — *Démence précoce et alcoolisme chron.* (Bulletin de la Soc. Clin. de Méd. Mentale, 1913, p. 351).
- Voisin.* — *De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique* (Ann. Méd. Psych., 1864, t. I, p. 1, t. II, p. 1).
- Wizel*, 1926. — *Les formes frustes de la schizophrénie* (Ann. Méd. Psych., 1926, t. I, p. 425).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	14
CHAP. I. — Démence éthique.....	27
CHAP. II. — Démence affective isolée.....	32
CHAP. III. — Démence affective et démence éthique.....	40
CHAP. IV. — Démence affective et délire.....	45
CHAP. V. — Ethyliques chroniques présentant un tableau très voisin de la démence précoce.....	74
Discussion générale.....	85
CONCLUSION.....	92
